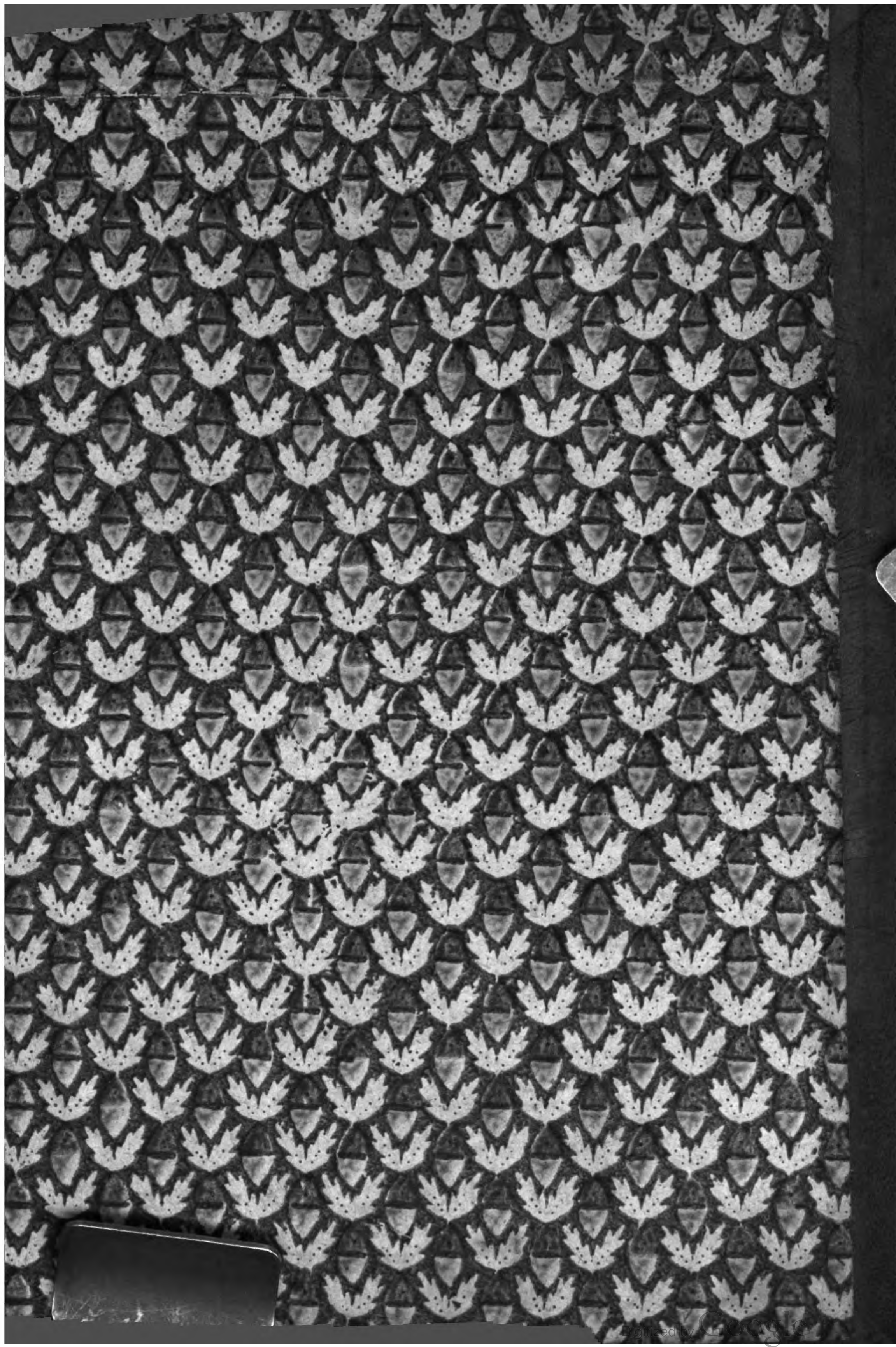
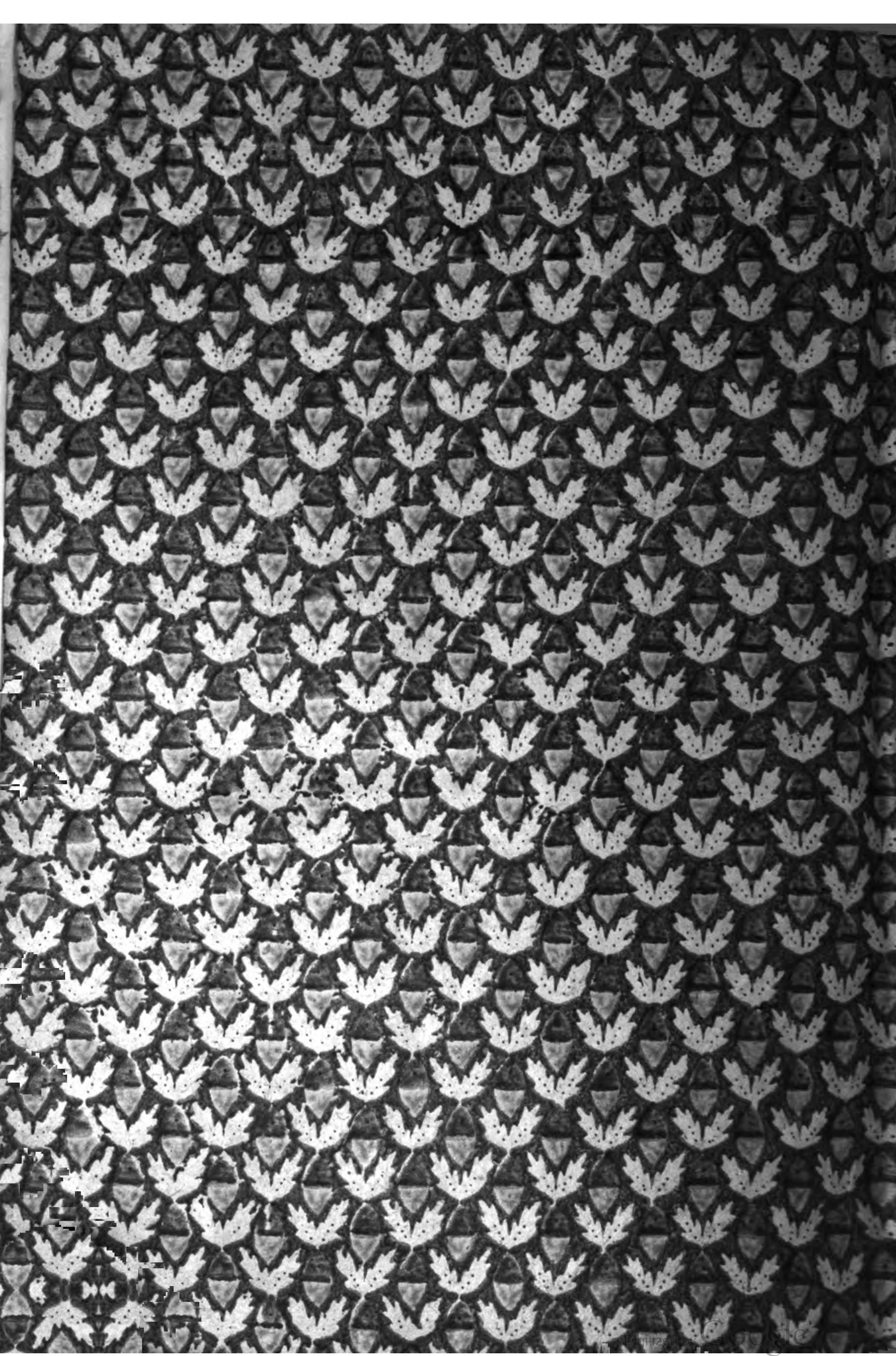
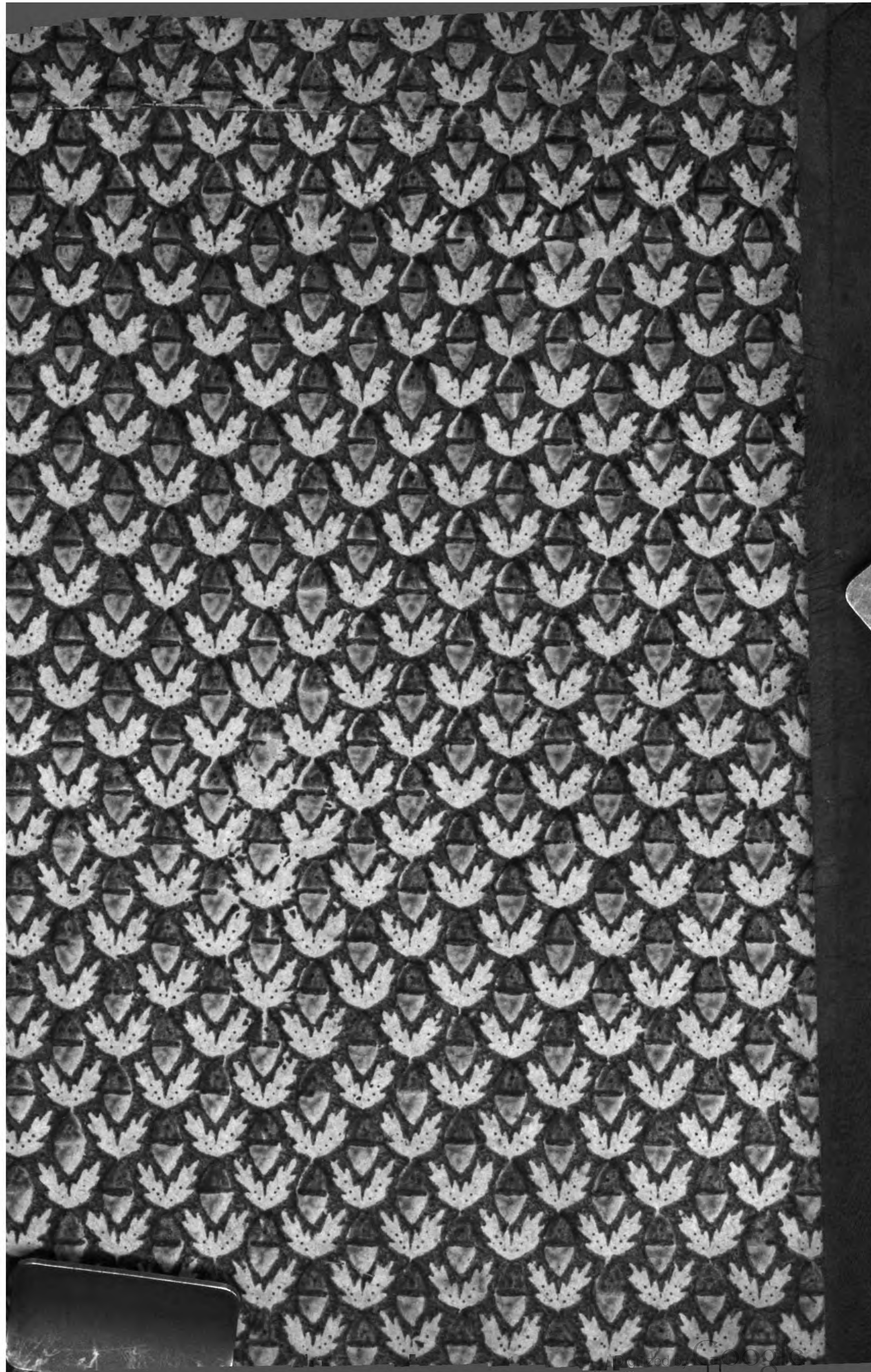
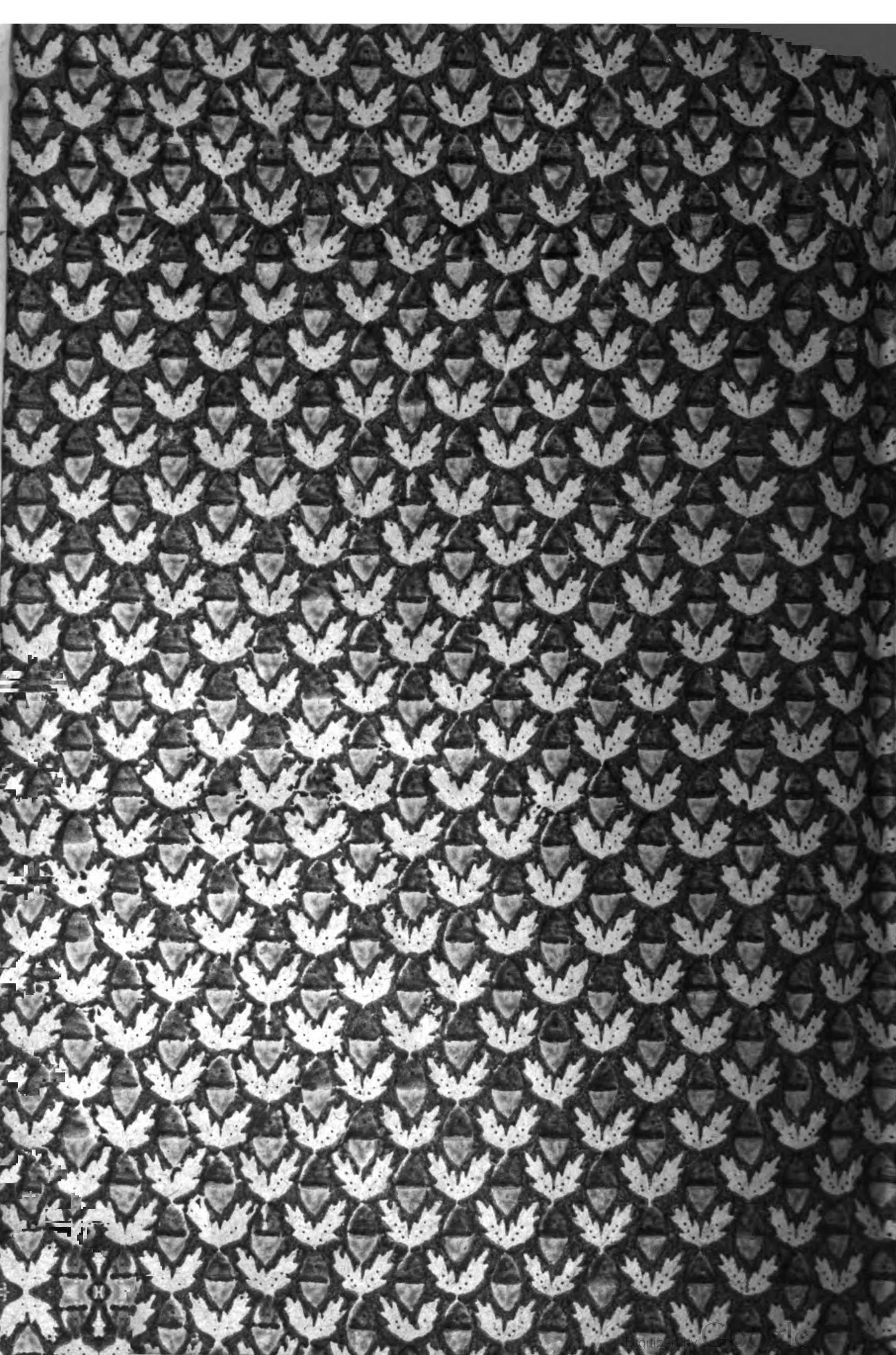




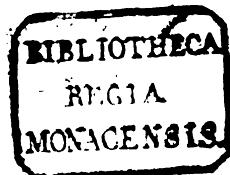






السيد [illegible] محمد حسن

نزهة الاقبال في مداواة الاطفال


BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

فهرسة مرتبة على نسق ترتيب الكتاب

فهرسة مرتبة على نسق ترتيب الكتاب

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

صحيفه

تمت الفهرسة المرتبة على حسب ترتيب الكتاب ويليها
الفهرسة المرتبة على حروف المعجم

فهرسة مرتبة على حروف المعجم

(حرف الالف)

(حرف الباء)

(حرف الدال)

(حرف الذال)

(حرف الراء)

Digitized by Google

تمت

٢٥

(جدول الخطا والصواب)

صفحه	سطر	خطا	صواب
٤	٤	سعادة	سيادة
١٥	٢٤	بالضط	بالضبط
٢٩	١٦	قريب	قريبا
٤٧	٢٤	المطب	المطلب
٥٤	٢٠	تتنوع	تنوع
٦١	١٧	لهذه	لهذا
٦٣	١٠	سبعة	ستة
٧٢	١٢	املا	ام لا
٨٥	٢٠	مولود	المولود
١١٨	١٥	ان	من ان
١٢٨	١٧	الكل منها	لكل منهما
١٣٧	١٠	نحوزكام	زكام
١٤٠	٢٥	لتلك	لذلك
١٦٠	٢٤	الالتهابي	الالتهاب
١٦٥	١٢	بتجملات	بتجمدات
١٦٨	٢٠	تأخذ	تؤخذ
١٧٩	٢٤	مشرومة	مشردمة
١٨٧	١٩	الفعال	انفعال
٢٤٠	١١	اوظن	واظن
٢٤٤	٧	عرقا	عرق
٢٦٩	٨	الخامس	الثالث
٢٧١	١٠ و ١٥	العنق	العق
٢٧٣	٦	لم يزل	الذى لم يزل

في ط ٧

صفحه	سطر	خطا	صواب
٢٧٥	١	البريتون	المرىء
٢٨٠	١٢	لمخاطية	المخاطية
٢٨٣	١٩	زائد	زائدة
٣٩٥	١٣	طفلا	طفل
٤١٤	٢١	المطلب الثالث	المبحث السابع
٤٢٥	٥	تعارض	ان تعارض
٤٣٦	٣	فيه	فيهم
٤٨١	٦	قيراط	قيراطا
٤٨٧	٢٣	مشابهت	مشابهة
٥٤٠	١	مع ذلك الكلوميلاس	الكلوميلاس
٥٨٥	١٠	تمددهمة	تمددهما
٥٩٠	٢٤	للصدرى	للصدر
٦٢٤	٢٥	ضخاقه	ضخامة
٦٥٥	٤	ستفسيفاليا	سستفسيفاليا
٦٧٥	٣	عادته قرب	قرب
٦٧٦	٢٠	المرض	الورم
٦٨٩	٨	وطول	طوله
٧٠٤	١٧	قل	بل
٧٠٤	١٨	دائما بصر	اولا قصر
٧٢٦	١٩	كانت الحمى	فان الحمى تكون
٧٣٠	١٦	متميزا	متميز
٧٤٩	١٧	العضوى	العضلى
٧٧٢	١٣	محاذات	محاذاة

تمت

نزهة الاقبال فى مداواة الاطفال

(بسم الله الرحمن الرحيم)

نحمدك يا من تنزه عن الولد والوالد وتعالى عن الصاحبة والمعاون والمساعد ونشهد ان لا اله الا انت خلقت الانسان فى احسن تقويم وابدعته بحكمة ذلك تقدير العزيز العليم فكان اولا نطفة من ماء مهين ثم جعلته علقة بديعة التكوين ثم صار مضغة ثم عظاما مكسوة لحما طريا ثم نفخت فيه الروح فصار بشرا سويا ونصلى ونسلم على من استخلصته من زكى الاصلاب وانتخبته من اشرف الانساب وعلى آله الذين سرى فيهم سر الحكمة الربانية وفضلوا بنسبتهم اليه على جميع البرية واصحابه الذين هاجروا اليه وهجروا من صحبوه قدما واستعوض الولد منهم به عن والده خيرا منه زكاة واقرب رحما صلاة وسلاما دائمين ما تكون كاين فى باطن الارحام وسجع حمام على غصن بان وحام

وبعد فيقول راجى عفو ربه الكريم احمد بن حسن الرشيدى الحكيم لما انتهى

بحمد

بحمد الله جمع الكتاب الموسوم ببهجة الرؤسا في علاج امراض النسا
شرعت في جمع كتاب لعلاج امراض الاطفال قياما بما هو الواجب على من
تلقى الامر السابق في شأن ذلك بالامتثال فامضيت العزم نحو هذا الخطب
الاشق واطلقت عنان جوادي طالبا اى الفريقين احق وجمعت جملة
مؤلفات تفجرت منها انهار العلوم وتفتحت فيها ازهار المنثور والمنظوم
والتقطت منها هذا المؤلف التقاط الدراري من الافلاك اوكاختراط الدرر
من الاسلاك وامعنت النظر فيما جل فيها ودق وغصت بالافهام فيما صعب
وعظم وشق وذلك اعانة من الله يجب ان تلاحظ وترعى ويوالى عليها حمده
عقلا وشرعا ونعمة بل سر من اسرار الحكمة وضرب من افضل سير الامة
ومركب صعب لا يستوى على ظهره الامن بذل نفسه في اقتناص الشوارد
واتعب فكره في تحصيل درر الفوائد واقتنص فريسته اقتناص النسور
ولقد فاز باللذة الجسور اولئك الذين اختصهم الله بتنقيح المعارف وميزهم
عن غيرهم باجتناء اللطائف اذ لو تساوى الناس كلهم في العلوم والفهوم
لترتب على ذلك اختلاط الخصوص بالعموم ولم يبق فرق بين الخادم والمخدوم
ولا بين الامام والمأموم ولكن قضى الله ان يستخلص لمعارفه اجل عصابة
ويخصهم بالجزالة والاصابة ويجمع لهم ما تفرق من المفاخر ويختم بطيب
المحامد والمآثر فبذلك استولوا على تلك المعارف بالاكتساب وانتهى لهم
شرف الرتب بالاستيعاب وخصوا من العناية الربانية بالحظ الاجزل حتى
جاوزوا في العلو السماك الاعزل وانتشر لهم في الاقطار بكل ناحية علما
وابرزت لهم سعادة النفع من كل افق نجما فهم لا شك ارواح والخلائق اجسام
وثمرات الانام والوجود اكمام فاقتفيت اثرهم في ذلك وسعيت مثلهم في سلوك
تلك المسالك مع علمي بان هذا الميدان فرسانه ماهرة واسود غاباته لانيابها
شاهرة لكن تجاسرت على سلوك تلك التعاسيف والاهوال واطمعني في ذلك
قول من قال

فتشبهوا ان لم تكونوا مثلهم * ان التشبه بالرجال فلاح

واستعنت بالله ليكون لي عونا وظهيرا واستهديته بهديه وكفى به هاديا ونصيرا
وواخوفاه ان اكون ممن ظن انه مهدى وهو عن طريق البرحايد وانتصب
لطب المرضى وهو محتاج الى طبيب وعايد غيران من لحته لحة من صاحب
السعادة وصادفته منه نظرة قرب وسعادة ترجم لسانه بسر ما اودعه من
الافهام الثاقبة واهتدى فكره للوقوف من الدلائل على النتايج الصائبة
كيف لا وهو الذى حاز مفاخر تكاثر البحر الزاخر وما ثر اعجز وصفها الناظم
والناثر وبعث لاشتهار العلوم بتلك الديار بعث السحاب المسخر فتقدم بذلك
فى الفخار مع ان زمانه مؤخر واختار لاعلان دعوتها من يحيى معالمها بعد
العفا ويجدد لها رسومها بعد الدثور والخفا وجمع لها الآن ما كانت
تبشر هابه الملاحم وثبت اقدامها بصنائع البر والمكارم ولا غرو فهو الذى
الف بين قلوب رعيته فصارت بعينه يدا واحدة وقام بحسن تدبيراحوالهم
فامست عيونهم باستيقاظه فى مهاد الامن راقدة وظهر من مهابته ما دل
على خفض الشانى ورفع الشان وابدى من مكارمه فوق مطامع الركبان
فاذا جاء القصاد والوراد لباب نواله طامعين تلقاهم بشير كرامته وقال
دخلوا مصر ان شاء الله آمنين فخر الوزارة السنية ومقبول دولة الشوكة
العثمانية صاحب العز والقدر العلى الحاج محمد على لا زال محط الآمال
ومعدن الكرم الذى تشد اليه الرحال ولا برحت عينه قارة باقماره الذين هم
فى السلم اسانه وفى ميادين الحروب بأسه وسنانه وساقته اذا حارب وطليعته
اذا طلب وقلب جيشه اذا ثبت وجناحه اذا وثب ولا غرو لشبل نشأ فى حجر
اسد ولا لهلال استضاء من شمس واستمد لا زالت جيوشهم منصورة
وسيرتهم مشكورة

ولما فرغت من جمعه واتمامه ووصلت فيه الى نهاية ختامه شرعت فى تحريره
وتنقيحه وتهذيبه وتصحيحه وسميته نزهة الاقبال فى مداواة الاطفال فجاء
بحمد الله فى نوعه مستوفيا لزبدة المؤلفات مستوعبا لاصولها وفروعها
المنتخبات ثم اقول على حسب الرجا والامل لا بالحول والقوة والعمل

قد

قد اضحت مسائل هذا الفرع فى هذا الكتاب مجموعة محكمة منضدة مرتبة منتظمة فاذا انهلل عليه بدر النجاح والاستهلال وغرد عليه طير الفلاح والاقبال فاذلك على الا من فضل ربى لا بحولى وقوتى وكسبى لضعف البضاعة وقلتها وكلالة الاذهان وفترتها لكنى اسأله سبحانه بجميل احسانه وعظم جوده وامتنانه ان يعم نفعه جميع الاقطار ويشتهر اشتهار شمس النهار ويزيد نفعه لتلامذة مدرستنا التى ليس لها فى البلاد الاسلامية قرين ثانى وهى المشهورة بمدرسة الطب الانسانى اذهم الاحق بان يشمروا للغوص فى بحوره الذيل وينهمكوا على دراسته طرفى النهار وزلفا من الليل ليقفوا منه على حقيقة تلك الامراض العسرة باسبابها وعلاماتها ويرشدهم لكيفية الاستقصاء عن اعراضها وعوارضها قبل مداواتها ويستخرجوا من ثمراته اجود الطرق للعلاج ويتحرزوا بذلك من الوقوع فى الخطا والاعوجاج وقد اتبعت هذا المؤلف بشرح الامراض الجلدية على العموم لما ان اهمها مخصوص بالاطفال كما هو معلوم وارجو ان يكون جاريا على طبق القواعد حاويا لمستحسنات الفوائد محفوظا من قدح كل قادح مصونا عن ان يقال فى جامعه يا ايها الانسان انك كادح فان كنت هفوت فى غضون كلامى بنادرة اوزل قدمى فيه بنادرة يكون المأمول من ذوى البصائر وارباب النهى والمآثر اسبال الستر على ما يجدونه من تلك الزلات واغماض عين الجفا على ما يلقونه من الهفوات والعثرات اذقل ان يخلو من ذلك مؤلف او يعرى عن العيوب مصنف وعلى الله التكلان وبه المستعان

مقدمة

من المعلوم ان اجل صفة لعلم الطب هى عموم الاحتياج اليه لما انه يسأل عنه فى جميع جهات الارض ويفتش عليه وذلك لكثرة الآفات المتسلطة على هذا النوع الانسانى وهو وان كان له قواعد اصلية وبيانات تعليمية مؤسسة على اصول ثابتة الآن معظمها مستند على التجريبات ولذا كثرت فيه الآراء واختلفت المذاهب وتعضدت بعضدات متخالفة وبيانات متضادة اخترعها

متعاطوه وايد كل منهم حجته بمشاهدات اثبت صحتها واجتهد فى تحريرها وصحة نقلها وسطرت ودونت تلك المذاهب والتجربيات فى المؤلفات الجليلة المقبولة وصار كل طبيب سليم السريرة خالص النية يقتبس من معارفها ويستضيء بانوارها وينتخب خلاصتها ويجرى اعماله على قدر ماتستدعيه ملكته وقوة استنباطه والحاذق من الاطباء لا يركن لاختلاف تلك المذاهب ولا يبالى بتضادها ولا يخشى الوقوع فى الخطا والزلل اذا اجرى ماانتخبه على مستفاده من القوانين الطبيعية الموافقة للعقول السليمة فيجعل تلك القوانين مرشدا ومهذبا لذكاء عقله وسلامة فطنته وسلوك مسيره فى تلك المفاوز التى يرجو النجاة والسلامة منها فاذا عرض له حادث من الحوادث اوامر واقعى يستدعى الحال امعان النظر فيه وزنه بميزان رأيه وقدح فكرته فى تصويب مايلزم تصويبه واتباع مايلزم اتباعه فيكون ذلك الامر الواقعى اوالحادث المرضى بالنسبة له علما مستقلا يرتب له اصولا ومبانى ليبنى عليها فروعه ويستنبط منها مسائله ويجيب عن كل سؤال عرض له بجواب شاف كاف مقنع غير متخلل ولا متلجلج لمااته اجراه على طبق قوانينه وعبر عنه باصح عبارة واوضح مقالة حسبما تقتضيه صناعته ويقتضى ذلك يحفظ من الغلطات التى وقع فيها من قبله والزلات التى مكثت مدة طويلة متسلطنة والمذاهب الغير الصحيحة التى بقى شئ منها الى الآن مسطرا فى المؤلفات والدواوين الطبية ومع ذلك لا ينبغى لنا اهمال النظر فى امر ربما خفى على المتأمل وهو ان هذه الغلطات والاراء الضعيفة والمذاهب السخيفة التى فى الكتب القديمة هى التى توصل بها العارفون لصحة المشاهدات واتقان التجربيات فاهتدوا بها مع مساعدة ذكائهم الى المعارف اليقينيات التى لا يسعها ذو عقل الا قبلها ولا ذو فهم سليم الا رجع اليها واتبعها ولا يبعد عنها الا مطموس الذهن خائب الفكر وكل ذلك انما نتج من التأمل فى غلطات القدما وزلات السابقين وتنزيلها على المشاهدات الصحيحة المحكمة فيظهر توافقها اوتخالفها ويميز الله صائب الاقوال من باطلها ولذا كانت اعمال ابى الطب بقراط ومن اتى بعده انما هى فى الحقيقة كوصايا للنا بالتجربة

والممارسة

والممارسة كأنه يقول هذا مما اعانني الله على اظهاره وعليك ان تقدح فكرتك وتمارس قريحتك وتتقن مشاهدتك ليفيض الله عليك كما افاض على معارف يمكن ان تكون اقوى من معارفي ودلائل ربما كانت اقوى من دلائلي فتلك الاعمال منه ومن غيره اتخذناها مرشدا ودليلا واقتفينا اثرهم في الاعمال والمشاهدات فكان ذلك هو السبب في وقوفنا في الغالب على الحقائق اليقينيات فاذا اوقفنا الله على حقائق اشياء لم تقف عليها القدماء ولم يحم حولها احد منهم لم يعد ذلك نقصا في حقهم ولم يكن من آيات الله عجبا وانما الله سبحانه قد هيأ لكل شئ اسبابا ومهد له احبالا واطنابا وتلك الاسباب كانت معدومة عند القدماء واذا عدمت الاسباب عدمت مسبباتها فلم يتأت لهم معرفة ماعرفناه الآن ولم تنكشف لهم حقائق ما كشفته لنا المشاهدات في جميع الازمان واذ قد تحصلت عندنا تلك الاسباب وتوفرت شروط المشاهدة والآداب عملنا بتلك الاسباب ماتقتضيه الاعمال فانجلى علينا كثير مما كان قد خفي على الاوائل واتضحت احواله باوضح البراهين والدلائل ومازلنا على مدا الدهور نجتني من تلك الوسايط التي من الله بها علينا اثمارا ونستفيد من ممارستها وسايط اخر اقرب منها واقوى على استنتاج الحقائق وكشف ماخفي من الدقائق واعظم مثال عندنا تنزل عليه تلك التأملات هو علم امراض الاطفال لما انه يستدعي زيادة الامعان والمبالغة في التأمل بالاتقان فلا يزال الطبيب في كل يوم ينزل نفسه في مسائله منزلة المستخبر يعرض ماعرض له منها على تجربيات غيره وتجربياته وعلى البيانات التعليمية وبياناته هو ويقينياته ليستنبط من ذلك كله قاعدة واصلا كليا يؤسس اعماله عليه ويرجع بحسن رأيه اليه فيكون ذلك هو المرشد له والفاتح الدال على ازالة المقصود ولما كان المرشد لطب الاطفال هو التجربيات والبيانات التعليمية كان ضعيف الدليل لكثرة تنوع التجربيات وتخالف مستنتجاتها وتباينها وربما كان الغالب فيها جهل مجلس الداء وهذا اعظم عائق لاتباع العلاج واقوى مانع لموافقة الصواب وقد يعالج الطبيب هذا الداء المجهول بمقتضى الاعتياد والتجربة ولو سئل عن ماعالجه لم يحسن الجواب

ولم يشف غليل من وقع فى الارتباك وكثيرا ماترتبك الاطباء اذا قدمت لهم اطفال يراد علاجهم ويتحيرون فى الامر لهم بما تستدعيه امراضهم ومع ذلك نقول هذا المقام وان كان من اخطر المقامات واصعب ما يتكلفه الطبيب المعرض نفسه للمعالجات الا انه لابد له من ترتيب قوانين تجريبية يلتجأ اليها واصول يقينية يعتمد عليها ويجمع ذلك فى مؤلف مخصوص ينتخب من نتائج التجريبات ولا يوضع فيه الا ما استقر عليه الحال من مستنبطات المشاهدات ولقد اعتنى بذلك جملة من الرؤساء المهرة ووضعوا تآليف جليلة فى ذلك مشتهره فاردنا اقتفاء آثارهم والسلوك فى منهج طريقهم ولخصنا زبدة ما جمعوه وخلاصة ما انتخبوه وجمعنا هذا الكتاب جمع تحقيق ووضحنا فيه العبارات باوضح بيان واسهل طريق فجاء بعون الله حاويا لما يلزم معرفته من علم امراض الاطفال وما لابد منه للطبيب الممارس للاعمال ومرشدا مهديا يغنى عن غيره من المؤلفات موضحة فيه الامراض بتعاريفها وعلاماتها ومبينة فيه انشاخيصها وانذاراتها ومعالجاتها ولما كان اهم الامراض الجلدية مخصوصا بالاطفال او كثير الوقوع لهم ضممناها مع امراضهم فى مؤلف واحد فقسمنا ذلك المؤلف الى كتابين الكتاب الاول فى امراض الاطفال حقيقة وفيه نذكر من جملتها جدولا مختصرا فيه الصفات المميزة لانواع الامراض الجلدية والكتاب الثانى فى امراض الجلد عموما سوآء فى الاطفال اوفى غيرهم فكان كتابنا بذلك مغنيا عن المؤلفات المخصوصة بالامراض الجلدية وجامعا للامراض التى تعترى الاطفال فى سن الطفولية

ولتعلم ان الطفولية دور من ادوار الحياة تكون التغيرات فيه اسرع والمضاعفات اكثر وهى تنقسم الى طفولية اولى وطفولية ثانية فالطفولية الاولى تبتدأ من الولادة الى سبع سنين وهذه تنقسم ثلاثة ادوار الدور الاول يمتد الى ابتدآء التسنين الاول اعنى سبعة اشهر تقريبا والدور الثانى يشمل زمن التسنين الاول كله فيبتدأ من الشهر السابع تقريبا الى سبعة وعشرين شهرا او ثمانية وعشرين وذلك هو الزمن الكثير التقلبات والتكدرات على الطفل

لان

لان امراضه تصحبها فى الغالب التشنجات والدور الثالث يشتمل على المدة التى بين التسنين الاول والتسنين الثانى فيبتدأ من الشهر الثامن والعشرين الى السنة السابعة وبعد هذا الزمن لا يحصل للطفل تشنجات اصلا ماعدا بعض امراض جلدية كالجدرى والحصبة فان كلا منهما ولو جيد الصفات قد يصحبه شئ من تلك الحركات التشنجية وذلك السن الاول اعنى سن الطفولية الاولى هو الذى تكون الحياة فيه اقل ثباتا واستقرارا لان نحو نصف الاطفال تنقضى حياتهم قبل الدخول فى السنة الثامنة

واما الطفولية الثانية فتشتمل على التسنين الثانى فتبتدأ من تمام السبع سنين تقريبا الى البلوغ ولا يكابد الطفل فى هذا السن الثانى مشاق كما يكابد فى الاول اما لكونه صار اقوى بنية او اقل قابلية للتهيج وبمقتضى هذا التقسيم للطفولية يمكن ان يقال كان الاولى تقسيم كتاب امراض الاطفال الى اربعة اقسام الاول امراض الطفولية الاولى والثانى امراض التسنين الاول والثالث امراض الطفولية الثانية والرابع الامراض العامة لزمنى الطفولية الاولى والثانية نقول منعنا عن ذلك الارتباك فى تخصيص كل قسم من تلك الاقسام بالامراض التى تنسب له وحده دون غيره لعدم وجود حد فاصل بين الاقسام على ان ذلك غير مهم للطبيب وانما المهم له هو جودة علاج الامراض منعزلة فلذلك رتبناها كترتيب مؤلف الطبيب بليار الذى كثيرا ما نطلق عليه اسم المؤلف وهو انا فى الكتاب الاول قبل ان نشرح الامراض على الخصوص نذكر الظاهرات العامة التى تؤخذ من البحث فى ظاهر الطفل حسبما ذكره بليار وليكن ذلك هو موضوع الجزء الاول منه والجزء الثانى منه يشتمل على شرح الامراض التى تظهر فى الاطفال سوآء فى الحياة داخل الرحم او بعد الولادة فما كان خاصا بمدة الارضاع او كثير الحصول فيها ذكرناه على الخصوص وما كان كثير الحصول فى زمن الطفولية الاولى وفيه بعض خصوصية تميزه عن امراض الكبار البالغين نبهنا عليه وتركنا شرح الامراض التى صفاتها فى هذا السن كصفاتها فى البالغين اتكالا على ما هو مذكور

فى كتب الامراض عموما ولكن شرحنا للامراض على حسب الاجهزة كما فعل بليار فنبتدأ اولا بكيفية ظهور كل عضو ونموه والتغيرات التى قد يكابدها مدة ادوار تكونه والمنظر الطبيعى له فى حال سلامته واظن ان هذه الطريقة اسهل للطالب واجمع للذهن واقرب للمراجعة ونذكر فى الكتاب الثانى رتب الامراض الجلدية وانواعها نوعا نوعا على التفصيل ثم لتمام النفع نختم المؤلف بدستور يحتوى على بعض مركبات دوائية تستعمل فى تلك الامراض وفى الامراض الجلدية وغيرها مما هو ضرورى الاستعمال فى علاج الامراض المذكورة فى هذا المؤلف والله يختم لنا بخاتمة الخير والسعادة انه كريم تواب

الكتاب الاول
فى امراض الاطفال

ينقسم هذا الكتاب الى جزءين

الجزء الاول
فى دراسة الظاهرات العامة التى تظهر بالبحث من الظاهر فى الاطفال

من النافع قبل ان نشرع فى الدراسة الخاصة لامراض كل عضو على حدته من اعضاء الاطفال ان نذكر بعض اعتبارات فيما يظهر للمشاهد بالبحث فى ظاهر الطفل مدة دور الحياة الذى يكون بحثنا فى الغالب مقصورا عليه فنقول من اللازم ادراك هذه الظاهرات ادراكا قويا ومراعاتها اولا لنظر فيها فى جميع الامراض كالسحنة والصياح ودورة الدم وغير ذلك لان معرفة احوالها حال الصحة تسهل معرفة تنوعاتها فى كل مرض مخصوص فيسهل مقابلة الحالين ببعضهما وفى هذا الجزء ثمانية ابواب

الباب الاول
فى هيئة الطفل

قال بليار اذا خرج الطفل من الرحم وترك مدة ربط الحبل السرى بين ساقى

امه شوهد فيه انثناء الجذع والاطراف وتقريب الرأس من الصدر بحيث يصير
كأنه ملتف على نفسه فيأخذ الوضع الذى كان عليه فى الرحم فاذا انفصل بالكلية
من المشيمة التزم بان يمد اطرافه ويحركها بقوة غيران فعل العضلات القابضة
يغلب دائما فعل الباسطة فتنثنى اطرافه وتنقبض يداه وينحنى جذعه دائما
الى الامام وكذا الرأس فلزيادة ثقله لا ينقاد ايضا لفعل العضلات الحافظة له
فى الهيئات المناسبة بل يتحرك لجميع الجهات ويميل بالاكثر الى الامام
وبالجملة فانثناء الاطراف وتقوس الجذع الى الامام هى الهيئة المخصوصة
للمولود

ويعسر جدا ان تعين بالضبط الازمنة المختلفة التى يتخذ فيها المولود هيئات
جديدة لان ذلك يختلف باختلاف قوة عضلات الطفل اوضعفها والظاهر ايضا
ان الانقباض العضلى الذى تحصل منه تلك الهيئات من حيث انه داخل تحت
سلطنة الارادة يكون اوضح كلما تسلطن التأثير العصبى على البنية اعنى كلما كمل
المخ وفعل وظائفه المعدلها فجميع حركات الطفل تكون اولا ذاتية حاصلة
من نفس البنية لادخل للاختيار فيها فيمكن ان يحمل لفمه فى الايام الاول من
ولادته جميع ماوجده حوله حتى انه شوهد فى اطفال مولودين قريبا ومضطجعين
بجانب بعضهم ان احدهم اخذ يد طفل اخر ووضعها فى فمه حتى ملأه كله
وصار يمصها بشراهة فالحركة فى هذه الحالة غير اختيارية يقينا لكن كلما تقدم
الطفل فى السن مارس بحركات ذراعيه ويديه الاشياء التى يلاقيها ثم بعد ذلك
يبعد عن نفسه مايتعبه من الاشياء ويجذب اليه مايشتهيه ويفعل بذراعيه
ويديه حركات الجذب والدفع على حسب احتياجاته وشهواته فحركات الاطراف
العليا التى كانت اولا غير اختيارية لم تلبث قليلا حتى تصير اختيارية فاذا قدم له
لعبة او اصبع مثلا اخذها حالا ومعظم الاطفال يذهب بيديه نحو ثدى مرضعته
او يدخل فى فمه اصبعا او اصبعين ويمصهما ثم بعد ممارسته الحركات الاختيارية
للذراعين يمارس ذلك برأسه ايضا فاولا يحركه لجهات كثيرة ثم يقدر
على تثبيته على العنق وكلما كملت ممارسة ابصاره صارت حركات الرأس اضبط

واكثر تحديدا فاذا بلغ نحو شهر تمكن من ادارة رأسه على وسادته يمينا ويسارا اذا وجد فى احدى الجهتين شيأ مضيئا فاذا بلغ ستة اسابيع تحقق الاشياء الموجودة حوله وامعن فيها النظر وسيما الضوء فان له فيه محبة مخصوصة ولذلك امروا من قديم بالتحرس من سقوط شعاع ضوئى بانحراف على رأس جنين فى المهد خوفا من ان يزوغ محور الابصار عن اتجاهه الطبيعى فيتولد الحول

ثم ان الطفل لا يمكنه حفظ رأسه على عنقه الا اذا كمل له ستة اسابيع او شهران لكن لا يزال يحركه لجهات مختلفة على الدوام ويظهر انه حينئذ ثقيل بالنسبة لقوة عضلات العنق حيث يعسر عليها حفظه وتوجيهه لجهة مخصوصة وهذه الاعتبارات جليلة النفع لانها ربما نفعت فى تعيين الزمن الذى يحمل فيه الطفل على الذراع بدون ان يخاف من حصول تعب له ويستنتج منها ان الاولى على رأينا ترك الطفل نائما فى مهده او ان يربض وهو محمول على وسادته ومرتبته مادام غير قادر على حفظ رأسه والغالب ان قدرته على ذلك انما تبتدأ اذا بلغ شهرين تقريبا انم ذلك يختلف بحسب قوة الاطفال وضعفها وكلما انصلب العمود الفقرى قوى الجذع على الاستمساك فاذا بلغ الطفل اربعة اشهر او خمسة تيسر له الجلوس وتكون قاعدة جلوسه بين الحجبتين اللتين يأخذ تباعدهما عن بعضهما فى الزيادة شيأ فشيأ وحينئذ لا يكون هناك ما يمنع حمله على الذراع وكلما عظم ذلك التباعد صارت هيئة الجلوس اسهل له فاذا بلغ سبعة اشهر او ثمانية درج يمينا وشمالا واماما وخلف بسهولة عظيمة واما قوة الساقين وحركاتهما فنموهما آخر ما يحصل وذلك فى الشهر الثامن او التاسع وهو الحد الوسط الذى يستمسك فيه الطفل على ساقيه ويمشى وقد يتعوق فى المشى حتى يجاوز السنة

ونتج من هذه الاعتبارات السابقة كلها ان هيئة انثناء الاطراف وتقوس الجذع الى الامام هى الهيئة الخاصة بالمولود وان الحركات الاختيارية تظهر اولا فى الاطراف العليا فاليد التى كانت اولا تمارس بدون اختيار تأخذ شيأ

فشيأ

فشيأ فى اتمام اعمالها على طبق الاختيار ثم تتعاقب فى الظهور حركات الرأس ثم العنق ثم الجذع ثم الاطراف السفلى بحيث يخرج الطفل شيأ فشيأ من حالة الجمود التى كان هو باعتبارها مجرد رسم صورى فعلم من ذلك انه لم يكن مستعدا بطبيعته لان يمشى على اربع كما زعم ذلك بعض الفلاسفة وانما يكتسب ببطئ تلك الهيئات تدريجا فيما رس الحركات التى هى صفة افراد نوعه كلما اخذ جسمه فى الكمال واشتدت قواه العضلية واذا تيسر للطفل ممارسة الحركات الغير الاختيارية فى الايام الاول من الولادة فذلك انما هو لوجود نمو كاف فى الترقوة والعضد وعظام الساعد بخلاف الحوض الذى هو ضيق فان معظمه بل كله غضروفى فلا يعطى للطرفين السفليين نقطة ارتكاز متين ولا للجذع قاعدة استمساك واسعة بحيث يكفى ذلك للوقوف والمشى فقد ظهر لك ان جميع وظائف بدن الطفل مرتبطة ارتباطا قريبا بتركيب اعضائه فتنمو بنموها وتكمل بكمالها وتتغير بتغيرها

الباب الثانى
فى لون الجلد

من المهم هنا التأمل فى لون الجلد فالاطفال عند ولادتهم يكون لون معظمهم مستويا وذلك لتسلطن الدم فى منسوجاتهم فيوصل لهم لونه وانما يكون كل من الوجه والجذع والاطراف زائد التلون ثم من اليوم الخامس الى الثامن يتناقص ذلك اللون غالبا وقد يمكث زمنا طويلا فلا يمكن ضبط ذلك وانما المحقق هو ان ذلك اللون الاحمر عارضى وبعد زواله فى اى وقت كان تخلفه الوان مخصوصة فاذا بقى لم تبق شدته التى كان عليها اولا وانما يصير بنفسجيا وسيما اليدان والرجلان لكن لا يكون ذلك دائما امارة على الصحة اذ كثيرا ما يكون مصاحبا للانتفاخ الاوذيماوى فى الاطراف وسنرجع فى محل آخر لذكر هذا اللون البنفسجى وللاحتقان الدموى العام فى المولودين وقد يحصل عقب اللون الاحمر الاصلى الوان اخر مخصوصة فيصير الجلد ورديا جميلا او مبيضا او اصفر فاقعا واذا وضعت الاصبع على الجلد الاحمر زال ذلك اللون من ذلك

الحمل وظهر بدله لون اصفر ثم يعود الدم شيأ فشيأ فى الاوعية الشعرية بعد ان ذهب منها من ضغط الاصبع فيتبدل اللون الاصفر باللون الاحمر الاول ومما يشاهد فى تلك التجربة المذكورة يشاهد غالبا ايضا كلما اخذ ذلك اللون الاحمر فى الذهاب اذ قبل ان يصير الجلد ابيض بالكلية يتلون بلون اصفر عام كانه نحاسى واعتبر كثير من الاطباء هذا اللون اليرقانى نتيجة مرض فى الكبد وسنرد هذا الرأى بالمشاهدات الصحيحة ثم لا يخفى عليك سبب صيرورة الدم قليلا فى المنسوجات وذلك بسبب ما تأخذ الاعضاء منه لتغذيتها فى الايام الاول من الحياة خارج الرحم ويمكن ان يصير من ذلك منظر الجلد ورديا محمرا مع كونه متوترا من العضلات المتينة المرنة على ان ذلك صفة متعلقة بالصحة ولذلك جزم بعض من شاهد هذا المنظر بان الطفل يكون سليما جيد الصحة اذا كان لون جلده ورديا جميلا مصقولا وكان لحمه متينا عند اللمس لكن هذا الاستنتاج فى الغالب صحيح وان كان قد يتخلف احيانا ثم ان جلد المولود يكون اولا مغطى بطلاء زلالى تختلف سموكته ويبقى عليه مدة ايام رطوبة يسيرة فيها بعض لزوجة وسيما بين ثنياته اوان المادة الخارجة من التنفس الجلدى تحدث ملامستها له تهيجا شديدا ثم فيما بعد يجف الجلد ولا يحصل من التصعد الجلدى فيه عظيم اهتمام

وقد انتبه لهذا اللون الاحمر الذى تكلمنا عنه كثير من الاطباء فى كل زمن وظن بعضهم انه ناشئ من الاعتياد على غسل المولود بالماء الفاتر لاجل ازالة الرطوبة الدهنية المطلى بها عادة مع انه شوهد هذا اللون فى الاطفال قبل غسلهم المذكور فلذلك يقرب للعقل انه ناشئ من زيادة الدم فى المنسوجات زيادة وافرة ولا ندرى احق ما يقال ان المولودين بهذا اللون الاحمر يصيرون فيما بعد اكثر بياضا ممن ولدون ذلك كذا اشتهر عند العامة الا ان ذلك لم يحقق بمشاهدات الاطباء

وقد ينشأ تلون الجلد بعد الولادة من الشمس او درجة الحرارة او من هيئة محال سكنى المولود فان الذين يولدون فى المدن الكبيرة يكونون دائما اكثر انتقاعا

وبياضا من المولودين فى الارياف المعرضين دائما الاشعة الشمس
ثم مع هذا التأثير لدرجة الحرارة والاقاليم فى الطفل يشاهد انه متى دخل فى الطفولية حصل للونه تنوع خاص بمزاجه وبنيته ولا يظهر لونه الحقيقى ظهورا واضحا الا اذا كمل له ثلاثة اشهر تقريبا فيمكن حينئذ ان تميز الاطفال الى سمر وشقر وغير ذلك واما الشعور فيميز لونها المخصوص فى سن اقل من ذلك لكن فى السن المذكور يصير جلد الجذع ابيض او اسمر والوجه منتقعا او ملونا وترتسم تقاطيعه الخاصة بكل بنية قبل ذلك ومن المحقق انه قد يحصل من اسباب كثيرة خارجة تنوع فى البنية والمزاج لهؤلاء الاطفال وانما نقول هنا انما يبتدأ تميز اللون الخاص بكل طفل اذا كان سنه من شهرين الى ثلاثة اشهر وكلما تقدم فى السن اتضح لونه غاية الاتضاح

الباب الثالث
فى سقوط الحبيل السرى

لنبحث هنا عن جميع الظاهرات التى تسبق او تصحب او تتبع سقوط الحبيل السرى ولقد ذكر المؤلفون فى الولادة والطب الشرعى اشياء مهمة فى ذلك الموضوع وتساهلوا فى اشياء اظهرتها المشاهدات وسنبينها على الاثر فى ثلاثة فصول

الفصل الاول
فى جفاف الحبيل السرى

قال بليار جفاف الحبيل السرى والزمن الذى ينفصل فيه عن البطن تعتريهما احوال كثيرة تختلف باختلاف الاشخاص فلاجل فهم هذه الاحوال على ما ينبغى اذكر اولا المشاهدات التى هى قاعدة هذا الباب واقابل نتائجها بما ذكره المؤلفون السابقون على ولقد استنبطت تلك المشاهدات من ستة وثمانين طفلا مختلفين فى السن ونوعى الذكورة والانوثة ومتمتعين بحسب الظاهر بصحة جيدة وولدوا ببيت الولادة بباريس فى وقت معلوم التاريخ بالضبط ولنذكر لك اولا الفروق التى ذكرها القوابل بين الحبيلات السرية وذلك ان بعض

تلك الحبيلات قد يكون كبير الجسم رخوا وذلك ناشئ من كثرة الهلام فيه المسمى بهلام وارتون وبعضها يكون صغيرا دقيقا يحتوى على قليل من الجوهر الزلالى المذكور اى الهلام فالنوع الاول يجف فى زمن اطول من الثانى وفيه ميل لان يلين ويتقيح غالبا ولا سيما من قاعدته والنوع الثانى يسرع جفافه ويصير شفافا واذا جف يشاهد فى منسوجه خطوط مسودة هى عروقه التى انسدت تجاويفها والنسبة بين الحبيلات السمينة الرقيقة والحبيلات التى فيها مقدار عظيم من تلك المادة الهلامية هى ان الحبيلات الاول تكون على الثلث من الثوانى ثم ان الحبيلات قبل جفافها تذبل ويمكن ان يعد ذبولها افتتاحا اودرجة اولى للجفاف قال بليار وهاهو ما شاهدته فى الزمن الذى ابتدأ فيه ذلك الذبول والجفاف وذلك ان من ستة وثمانين طفلا ستة عشر كان حبيلهم قليل الذبول بل رطبا وكان رخوا فيه بعض زرقة ومتثنيا كثيرا ومائلا كله لعقدة الرباط وكان قطعه ايضا جيدا وطفل من هؤلاء الستة عشر كان سنه خمس ساعات وستة منهم كان عمرهم يوما كاملا واربعة يومين واربعة ثلاثة ايام فيمكن ان يشاهد ذبول الحبيل فى اليوم الاول من الولادة الى اليوم الثالث منها فلا يصح ان يقال ان الجفاف الذى يعقب الذبول عادة لا يبتدأ دائما الا بعد اليوم الثالث لانه قد يبتدأ فى اسرع من ذلك ثم من الستة والثمانين المذكورة اربعة وعشرون ابتدأ جفاف حبيلهم من الطرف حتى وصل الى النصف بل امتد الى قرب قاعدة الحبيل وكان سن سبعة منهم يوما واحدا واحد عشر يومين وثلاثة ثلاثة ايام وثلاثة اربعة ايام وفى بعضهم كان الحبيل عريضا كثير الرخاوة من قاعدته ويحيط به حوية جلدية سميكة بارزة وفى الجميع لم يوجد فى طرف الحبيل قطع نقى وابتدأ فى الاسوداد والانفتال وصار اكثر اطلاقا فى الرباط وفى اغلبهم لم يوجد التهاب فى السرة فعلى مقتضى ما ذكرنا يبتدأ الجفاف غالبا فى اليوم الاول والثانى ومع ذلك قد يتأخر الى الرابع

وزمن الجفاف يختلف ايضا فمن الستة والثمانين طفلا الذين ذكرتهم خمسة وعشرون كان حبيلهم جافا بالكلية وكان سن خمسة منهم يومين وتسعة ثلاثة ايام

وخمسة

وخمسة خمسة ايام واربعة اربعة ايام وواحد يوما واحدا ونصف يوم فيؤخذ من ذلك ان زمن الجفاف التام ثلاثة ايام غالبا ومع ذلك فقد لا يحصل الا فى الرابع او الخامس او فى اليوم الاول كما عرفت ذلك لكن ينبغى ان ننبهك على ان الحبيل فى الحالة الاخيرة كان رقيقا جدا وبسبب ذلك تعجل جفافه

وبعد انقطاع الحبيل السرى حالا تنقبض اوعيته وتختفى فى المادة اللينفاوية التى تتكون منها سموكة الحبيل وتلك اللينفا تبتدأ احيانا فى الجفاف اذا لم يزل الغشاء الخارج المحيط بها حافظا لاسترخائه وابتدآء الجفاف لا يكون دآئما من طرف الحبيل فقد يظهر احيانا فى الابتداء من محاذاة الرباط ويبقى الجزء البعيد عن ذلك على رخاوته زمنا ما ثم ان الحبيل مع ذلك يضمر ويقصر فيحصل فيه تقلص حقيقى من الدآئرة للمركز وينتج من ذلك انضغاط العروق وتفرطحها فتصير متعرجة وتشارك غيرها فى الجفاف فتكون منضغطة انضغاطا متينا فى سمك اللينفا الجافة التى تمنع انقباضها زيادة عن ذلك فلا تكون الا خيوطا صغيرة مسودة اكثر عتامة من جسم الحبيل الذى هو نصف شفاف تسبح فى وسطه تلك العروق والرباط فى هذا الزمن غير نافع بالكلية فلا يخاف من النزيف من طرف الحبيل ثم لا يزال الجفاف اخذا فى التقدم تدريجا نحو السرة ويقف فى محاذاة الحوية الجلدية التى ينفصل منها الحبيل حالا سوآء بتقيح حقيقى او بشبه انفصال ذاتى مشابه لانفصال ذنب الثمرة من الطائفة القرعية من محل اندغامه الاستدارى فيتكون من المادة الهلامية الجافة لا من بشرة الجنين كما قال غرديان حول الحزم الثلاثة الوعائية شبه عقدة تضغط على جدران هذه الاوعية فترققها ويوجد دآئما بين هذا المحل المنضم والمحل الذى تنفصل فيه الاوعية الثلاثة السرية عن بعضها لتذهب لمحالها المعينة هى لها مسافة او عنق يختلف قصره ولا يكون الحبيل فيه الا حزمة وعائية صغيرة هى آخر تعلق للبطن بالحبيل ويتحرك ذلك الحبيل عليها لجميع الجهات كالذى يتحرك على مدار ضعيف وهذا الربط الوعائى محاط احاطة خالصة بالحوية الجلدية السرية التى يبقى عليها بعد انفصال الحبيل جرح جلدى خفيف لا يحدث ضمورا

فى الاوعية السرية خلافا لما زعمه غردبان فجلد السرة يتكرمش يقينا اذا جفت قاعدة الحبيل غير انه ينجذب باللينفا الجامدة وعندما ينفصل محيط الحبيل يرجع جلد السرة على نفسه فيكون الانكماش حينئذ نتيجة لاسبابا للجفاف فى هذا المحل اعنى الذى انقطع فيه وجود اللينفا ينفصل الحبيل ويعين على ذلك حينئذ اشياء كثيرة لان صياح الجنين يسبب فى كل لحظة ارتفاع الحجاب الحاجز والكبد وانخفاضهما اوذلك يسبب حركات انبساط وانقباض متعاقبة فى جدران البطن فينتج من ذلك جذب مستدام للاوعيــة السرية نحو باطن تجويف البطن وايضا فان الجزء الخارج الجاف من الحبيل لما كان فى قاعدته حلوية صلبة مجذوبة بالسنة اى مثبتة فى رباط مناسب كان معارضا للانجذابات الباطنة بمقاومة قوية فينتج من ذلك ان الحبيل السرى يكابد فى المحل الذى لا يكون هو فيه الارباط ضعيفا جدا لا يقاومه زمنا طويلا فينتهى الحال بتمزقه وسقوطه فاذن يكون الجفاف سببا مهيئا والجذب الذى ذكرناه سببا قريبا لسقوط الحبيل السرى وربما اتضح بذلك لاى شئ يتمزق الحبيل دآئما من محل واحد ولاى شئ لم يشاهد اصلا انفصاله من البطن قبل الجفاف التام للينفا وارون

وجفاف الحبيل ظاهرة فسيولوجية اى صحية خالصة ترتبط بالظاهرات الحيوية اى المتعلقة بالحياة واما جزء الحبيل المتعلق بالمشيمة فلا توجد فيه كالجزء المتعلق بالطفل ظاهرات الجفاف وانما يذبل ويكون كجسم خامد لا فعل له بخلاف الجزء البطنى من الحبيل فان جفافه ينقطع حينما تنقطع حياة الجنين اى فلا يحصل اذا مات الجنين عند الولادة اوانه يتأخر حصوله حينئذ زمنا طويلا فالحبيل السرى بدل ان يجف ويسقط فى بعض ايام كما يشاهد ذلك مدة الحياة يكابد فى الرمة فسادا حقيقيا مخالفا بالكلية لجفافه الاعتيادى ويشاهد كل يوم بالاوربا اطفال موتى تحمل لبيوت التشريح لاجل الاعمال التشريحية فتمكث فيها بعض ايام بدون ان يجف حبيلهم بل يبقى رخوا منفتح الاوعية بحيث يمكن ان تحقن اما مدة الحياة فان الحبيل يجف والاوعية تنسد فى اليوم الاول او الثانى

او الثالث وذلك كله محقق بالمشاهدات فقد شوهد من حبيلات الموتى من بقى رخوا سهل الانثناء الى اليوم الرابع والخامس وان كان الغالب حينئذ ان يسقط فى الفساد والتعفن قال بلبيار ايضا وقد تيسر لى الحقن بعد تمام اربعة ايام لحبيل طفل مات عند الولادة نهايته ان ذلك بعد الاحتراس على ترطيب محل القطع الذى حصل فيه بعض ذبول ولم يكن فى ذلك الحبيل ادنى درجة من الجفاف بل كان كثير اللين فلذلك ينبغى ان يعتبر الجفاف الاعتيادى للحبيل ظاهرة فسيولوجية كما قلنا الا تحصل الا مدة الحياة وتنقطع بانقطاعها

ولنبتدئ الآن نذكر ثلاث مشاهدات وهى ان ثلاثة توائم ولدوا فى الليل لحياة من اليوم العشرين الى الاحد والعشرين من الشهر وكانوا ضعاف البنية وحملوا بعد ذلك ببعض ساعات الى بيت الاطفال الملتقطين فواحد منهم مات بعد الولادة بست ساعات فكان حبيله السرى رخوا غير ذابل وواحد آخر فى مساء اليوم الثانى والعشرين فكان حبيله مفرطحا مفتولا جافا الى نصف طوله وثالثهم مات فى صباح اليوم الثالث والعشرين فكان حبيله جافا فى معظم طوله وكل منهم لم يوجد على سرته الدائرة الحمراء والطفل الذى مات اولا كان محفوظا وملفوفا بخرقة وفى صباح اليوم الرابع والعشرين شوهد حبيله فوجد ان الجفاف لم يبتدأ فيه وانما كان فيه بعض ذبول ففى هذا الجنين لم يحصل الجفاف لان الموت منع حصوله بخلاف اخويه اللذين عاشا بعده فانه شوهد فيهما ابتداء هذه الظاهرة وسيرها لا دوارها فلما حصل الموت منع تمام سيرها

ثم فى توضيح ارتباط هذه الظاهرة التى هى بحسب الظاهر طبيعية بالحياة ارتباطا قويا نقول بدون ان نجزم بموافقة الصواب وانما هو قريب الحقيقة ان الحرارة الحيوانية التى يوصلها الجنين للحبيل مدة الحياة ربما تعين على تبخير لينفاوا زوتن وجفافها بخلاف الرطوبة التى تتصاعد من الرمة فلعلها تحفظ لين هذه اللينفا وتحرض حصول الفساد وتحليل التركيب وعلى كل حال فهذا الامر الواقعى موجود ويظهر ان من المهم توضيحه لانه يتعلق به عمل فى الطب الشرعى وذلك لانه اذا بحث فى طفل بعد ولادته بزمن ما او اخرج من قبره وكان

معه حبيله فانه يلزم التأمل فى ذلك الحبيل هل فيه صفات الجفاف الاعتيادى بان كان اشقر مفرطحا مفتولا واوعيته منسدة جافة اوانه لم يزل رخوا اوفى حالة فساد وتعفن شبيه بالحالة العامة للرمة لان الطفل فى الحالة الاولى لم يكن ولد ميتا بل يمكن انه عاش يوما اويومين لان الجفاف الذى لا يحصل الا مدة الحياة لم يكن ابتدأ فيه بخلاف الحالة الثانية فان الطفل يمكن ان يكون ولد ميتا اولم يعش الازمنا قليلا لان حبيله الرخو الذابل لم يجف الجفاف الاعتيادى فهذا هو الامر المهم للطبيب الشرعى ويمكن ان يجزم من ذلك بان الطفل مكث حيا زمنا ما متى كان الحبيل السرى فى رمة هذا الطفل جافا مفرطحا مفتولا اسمر اواقله انه عاش يوما كاملا اذ هذه الحالة فى الحبيل ليست حالة رمية ولنذكر لك بالاختصار النتائج التى تؤخذ للطب الشرعى من البحث فى الحبيل السرى قبل سقوطه فاولا ان جفاف الحبيل لا يمكن ان يحصل الا مدة الحياة وثانيا ان هذا الجفاف ينقطع سيره من لحظة الموت او يبطئ بطئا زائدا وثالثا اذا كان الحبيل رطبا اوفى ابتداء الذبول جاز ان يكون الطفل ولد ميتا اولم يعش الازمنا يسيرا ورابعا اذا حصل فى الحبيل قبل ذلك ابتداء جفاف بل اوجفاف تام جاز ان يكون الطفل عاش ولو يوما واحدا وهذه النتائج تكون اقوى حقية كلما كان البحث فى الرمة فى زمن اقرب لزمن الموت

فاذا ترك الحبيل السرى فى الرمة الى التعفن صار اولا ابيض مخضرا ثم يتكرمش من طرفه ويذبل فتنفصل جليدته بسهولة غيرانه نفسه لا ينفصل عن البطن من محل اندغامه كما يشاهد ذلك مدة الحياة وانما يمكن ان يتمزق من محال مختلفة بل قد يصغر ويجف بعد مدة فاذا غمس الطفل فى الماء زمنا طويلا لا يبقى الحبيل رخوا وصار سهل التمزق ومثل ذلك اذا مات وابقى مدة فى مياه الامنيوس اما فى عكس ذلك فانه يكون اكثر مقاومة واقل لينا فالاوعية السرية التى هى بمنزلة الاصل له يحصل منها بعض مقاومة تعارض الجذبات التى تحصل لاجل قطعها قال بليار وما شاهدت ابدا جفاف حبيل لطفل مات عند الولادة قبل خمسة ايام اوستة وقد شاهدت فى تلك الحالة انه لم يزل حافظا لشكله

الاستداري وسلاسته ورخاوته زمناطو يلا ولقد دعي الطبيب اولفيير مع بعض الاطباء لمشاهدة رمة طفل تام الاشهر وكان ذلك لامر يتعلق بالطب الشرعي وكان الطفل مات منذ ثمانية ايام اوتسعة فوجدت اعضاؤه متحولة الى حالة عفونة زائدة ووجدت التجاويف متمددة بغازات ومنسوج الرئة متحولا الى مادة لبنية عفنية والحبيل الذي كان يظهر انه لم يربط شارك الرمة في الفساد العام وكان طوله اربعة قراريط تقريبا وكان غشاء الحبيل قرب الحوية السرية غلالة رقيقة تشاهد من خلفه العروق السرية وبدل ان يكون جافا مفرطحا ملتفا على نفسه كما يشاهد ذلك في العادة كان على شكل كيس مكرش من محاذاة قطع الحبيل وقد زالت من باطنه هلامية وارتون وكان هذا الكيس يشبه غمدا غشائيا رقيق الجدران شفافا مشابها لجزء من المعا متمدد بالغاز جاف واذا لمست بشرة جلد البطن ارتفعت ومع ذلك كان في غشاء الحبيل والحبيل نفسه مقاومة عظيمة فهذه الحالة المخصوصة لا يمكن اشتباهها بالجفاف الاعتيادي للحبيل السري لان هذا الحبيل كابد هنا فسادا رميا لم يسبب مع ذلك سقوطه لان الحالة التي تحدث ذلك مدة الحياة لم توجد في الحالة المذكورة قال بليار وقد شاهدت ان الغالب ان لا يبتدأ تعفن الحبيل الا بعد فساد الاجزاء الاخر من الرمة بحيث لا يوجد الحبيل متعفنا فاسدا بدون ان تخضر جدران البطن وتصير الاعضاء الاخر في حالة فساد واضح .

الفصل الثاني .

في سقوط الحبيل السري

بعد ان ذكرنا ظاهرات جفاف الحبيل لزمنا ضرورة ان نبحث عن سقوطه والظاهرات التي توجد اذ ذاك وقد عرفت فيما سبق الاحوال التي تهيء الحبيل لهذا السقوط وذكرنا ايضا ان جفاف اللينفا متى حصل لا يكون الحبيل ممسوكا الا باصل وعائي مكون احيانا من جميع الاوعية الثلاثة التي تتمزق بعد ذلك على التوالي بحيث لا يوجد في الآخر الا الوريد سري او احد الشريانين او هما معا

والمؤلفون وضحوا ظاهرة سقوط الحبيل بكيفيات مختلفة فهالير ومن معه نسبوا ذلك لنوع غنغرينا وغرديان جعل السبب هو انكماش البشرة وشوسيير نسبه لعمل التهابى يظهر فى السرة وعلى هذا الرأى بكلار واورفيلا وفابرون واما الطبيب دينيس الذى له فى هذا الموضوع تفتيش مهم فزعم ان انتقاع قاعدة الحبيل وتعطينها مدة الجفاف فى المصل المخاطى المنفرز وتخليص الجلد والمحلول العفن للينفا واروتون جميع ذلك بسبب انفصال الحبيل تدريجا وهؤلاء الاطباء شاهدوا يقينا فى بعض الاحوال التى ذكرناها قريبا نوع تقيح اصلى فى قاعدة الحبيل لكن ليس ذلك دائما انما هذه الحالة عارضية كما نستدل على ذلك واما رأى هالير فساقط من اصله فاذن يكون المختار الموثوق به يقينا هو ماقلناه فال بليار ولنبحث الآن على الامور الواقعية التى استند عليها رأينا

وذلك ان الزمن الذى يسقط فيه الحبيل يختلف كثيرا فى الاطفال الذين ذكرت عددهم سابقا احد وعشرون طفلا كان الحبيل ساقطا فيهم لكن ستة عشر من هؤلاء كان السقوط فيهم جديدا فمنهم اثنان فى يومين وثلاثة فى ثلاثة ايام وستة فى اربعة ايام وثلاثة فى خمسة ايام وواحد فى ستة ايام وواحد فى سبعة ايام وسقط هذا بين يدى وواحد فى تسعة ايام وآخر فى تسعة ايام وكانت سرته جافة ملتحمة وواحد فى عشرة ايام وكانت فيه السرة ملتحمة والحوية الجلدية قليلة العرض والبروز وطفل آخر وهو الاخير كان له خمسة عشر يوما وكانت الاثرة السرية جيدة الالتحام ومع ذلك كانت السرة بارزة غليظة محاطة بدائرة حمراء فالظاهر ان السن الذى يحصل فيه غالبا هذا السقوط هو من اربعة ايام الى خمسة وان جاز ان يسقط قبل هذا الزمن المتوسط وبعده فالحبيل حينئذ بل عادة فى اليوم الاول وفيه او فى آخره يبتدأ الجفاف ولا يتم الانحو الثالث ولا يتم انفصال الحبيل من البطن الا من الرابع الى الخامس غير اننا نقول ان هذه القواعد الكلية لها مستثنيات كما علمت ولذلك يظهر ان من العسر تحديد سن الطفل بالضبط عند سقوطه فلا ينبغى لذلك مزيد اهتمام حتى يترتب عليه

ما يلزم فى الطب الشرعى ولا ان يبحث فى تحرير هذه القواعد ليتمسك بالاقوى منها ولقد توافق رأينا على تلك الازمنة المختلفة مع المؤلفين الذى اشتغلوا بذلك الموضوع وسيما غردبان فانه قال ان الحبيل يسقط غالبا من اليوم الرابع الى الخامس وقال اورفيلا انه يبتدأ جفافه فى اليوم الاول ويسقط غالبا فى الرابع او الخامس او السادس ودينيس شاهد ان جفافه نحو اليوم الرابع وسقوطه فى الخامس او السادس او السابع او الثامن ولا يخفى عليك هذه الاختلافات وسيما اذا انضم لها المستثنيات التى ذكرناها فى مشاهدتنا ولكن يمكن ان نستنتج منها بعض نتائج اذا راعينا الاسباب التى قد تحدث اختلافاتها وليست نتيجة اتفاقية اى صادرة حسبما اتفق كما سنثبت ذلك فى البحث عن ما يحصل فى السرة عند سقوط الحبيل

ولنذكر اولا ان اندغام الحبيل فى البطن له منظران مختلفان لانه اما ان يكون عريضا فى قاعدته وتكون الحوية الجلدية المحيطة به زائدة البروز وتتقدم احيانا على الحبيل اربعة خطوط بل ستة واما ان يكون الحبيل رقيقا دقيقا والحوية الجلدية قليلة البروز والوضوح ومنكرشة عليه ويوجد فى جزء منها الهيئة التى تحصل لها اذا تكونت الاثرة السرية ففى الحالة الاولى يحصل غالبا فى قاعدة الحبيل تقيح تختلف كثرته وتلتهب الحوية الجلدية فى الغالب وتتكون فيها دائرة حمراء تبقى زمنا طويلا وفى الحالة الثانية يجف الحبيل عادة بدون تقيح ويمكن ان لا تظهر الدائرة الالتهابية فالجفاف وحده ينتج الانفصال الذى يحصل بالكيفية التى ذكرناها كما يشاهد ايضا عادة فى صغار بعض الحيوانات كالكلاب مثلا فان حبيلهم يجف ويسقط بسرعة ولكن قبل ان نبعد عن هذا المبحث نذكر الامور الواقعية التى بنينا عليها التمييز الذى ذكرناه ففى الستة والثمانين طفلا الذين عرضوا للمشاهدتنا واحد منهم كان عمره يوما واحدا وحبيله رخو والسرة بارزة حمراء منتفخة ولكن لم يحصل فيها الى ذلك الوقت تقيح ولقد شاهدت احمرار السرة مع انتفاخها بدون تقيح فى سبعة عشر طفلا وكان عمر ثلاثة منهم يوما واحدا وكان نصف طول

الحبيل جافا فى اثنين منهم وتام الجفاف فى الثالث وستة من هؤلاء الاطفال كان عمرهم يومين وكان الحبيل جافا فى واحد منهم ونصف جاف فى ثان وثالث ورابع والحويئة الجلدية فيهم كانت بارزة والحبيل فى الخامس كان جافا وكان فى السادس غليظا رطبا مدمما من قاعدته واربعة اطفال كان عمرهم ثلاثة ايام فاولهم كان حبيله جافا وثانيهم ذابلا وثالثهم جافا رقيقا والحويئة الجلدية فيهم قليلة البروز ورابعهم كان حبيله جافا وطفلان كان عمرهما اربعة ايام وكان حبيلهما رطبا من القاعدة وجافا فى ثلثى طوله وطفل كان عمره خمسة ايام وكان سقوط حبيله جديدا وكانت السرة رطبة وواحد كان له خمسة عشر يوما وسقط حبيله من زمن طويل وكانت السرة ملتحمة والحويئة الجلدية بارزة جدا ويعلوها دائرة حمراء فهذه هى الاحوال المختلفة للحبيل فى الاطفال الذين شاهدت سرتهم حمراء منتفخة بدون تقيح والآن اذكر حالة ثمانية اطفال كان معهم فى السرة ما عدا الاحمرار والانتفاخ تقيح فواحد منهم كان عمره يوما واحدا وكان حبيله جافا والسرة قليلة البروز والدائرة الحمراء التى تعلوها خفيفة جدا وثلاثة كان عمرهم يومين ففى اثنين منهم كان الحبيل جافا من طرفه ولكن اندغامه كان واسعا والحويئة الجلدية زائدة البروز وكان الحبيل سقط قريبا فى الطفل الثالث وثلاثة اطفال كان عمرهم ثلاثة ايام ففى اثنين منهم كان الحبيل جافا وما كان فى الثالث الا ذابلا وطفل كان عمره خمسة ايام وكان حبيله جافا غير انه كان غليظا وعريضا جدا من محل اندغامه وطفل واحد عمره ثلاثة ايام كان معه تقيح كثير فى قاعدة الحبيل بدون احمرار مجاور له فاذن كان فى الاطفال الستة والثمانين المختلفة الاعمار ستة وعشرون فقط كان معهم آثار واضحة للعمل الالتهابى فى حوالى الحويئة السرية فليس هذا الالتهاب لازما لسقوط الحبيل وليس حالة يلزم مصاحبتها لهذا الانفصال فانى لم اشاهده مع غاية الانتباه فى الاحدى والستين طفلا تمام العدد الذى ذكرته وينبغى ان ننبهك على ان هنالك فرقا بين تقيح قاعدة الحبيل ورشحه الدموى اللذين يعرضان فى عمق السرة بعد سقوط الحبيل فان فى الاحدى والستين طفلا المذكورين لم يظهر لى

في الحبيل تحليل عفن ولم اشاهد الاجفافه مع اني شاهدت غالبا حصول
هذا السقوط بالكيفية التي ذكرتها بدون اعانة من الالتهاب فلا ينبغي زيادة
الاهتمام بذلك في الطب الشرعي كما فعل عظماء المؤلفين في غيبوبة او وجود
دائرة حمراء في السرة حينما ارادوا ان يعينوا اهل الطفل المبحوث في رمته مات
قبل الولادة او معها او بعدها

وهذا الاحمرار الالتهابي ناشئ من سبب سأجتهد في بيانه فقد ذكروا ان الاحمرار
والتقيح في السرة لم يظهر الا في نحو ربع الاطفال الذي عرضوا للبحث
ومعظم الاطفال الذين توجد فيهم هذه الظاهرة يكون معهم حوية
جلدية سرية واضحة جدا بخلاف الحبيل الذي فيه كثير من لينفا وارتون
فان اندغامه في البطن يكون عريضا فعلى ذلك يصح ان ننسب هذا الالتهاب
لبروز السرة التي يعرضها الزيادة الاحتكاك بالملابس وبالحبيل الجاف الذي صار
بالجفاف خشنا اذ قد نشاهد في لينفا وارتون او في المنسوج الخلوي المحيط معها
باوعية الحبيل مواد تقيح تختلف كثرتها وهذا الاحمرار في الغالب جزئي
ولا يظهر الا في الجزء الذي ضغط عليه الحبيل وقد يظهر هذا الالتهاب ويزول
مرات كثيرة سواء بقي الحبيل او سقط من زمن طويل ولا يندر ان يشاهد
بقاؤه اسبوعا كاملا ويصير منشأ لحمرة في جدران بطن المولود فلاجل التحرز
من التهيج الذي قد يحدث من ملامسة الحبيل الجاف لهذا الجزء ينبغي الانتباه
لقطع كل ما جف منه وان يوضع دائما على السرة رفادة مثقوبة من مركزها
ليخرج منها الحبيل

ومن حيث انه يوجد في سقوط الحبيل السري ظاهرتان مختلفتان وان في حالة
منهما تلتهب السرة وتتقيح بكثرة وفي الحالة الاخرى يحصل الانفصال بمجرد
الجفاف المصحوب احيانا برشح دموي خفيف في القاعدة لكن بدون ان يكون
هناك التهاب افرازي يمكن ان يسأل ويقال ما الحالة التي يسقط فيها الحبيل
باسرع ما يكون ولنجب عن هذه المسئلة بالامور الواقعية وذلك ان في الاحد
والعشرين طفلا الذين كان حبيلهم السري ساقطا وذكرتهم لك قريبا شاهدنا

الدائرة الحمراء المسرة في ثلاثة منهم فقط احدهم عمره خمسة ايام وكان معه الاحمرار
بدون تقيح وآخر عمره ثلاثة ايام ومعه الاحمرار والتقيح والثالث عمره خمسة عشر
يوما وكان سقوط الحبيل فيه قديما وشوهد في سرته دائرة حمراء التهابية واما
الثمانية عشر الباقون فلم يوجد فيهم اثر احمرار وقد ذكرت لك ستة وعشرين
طفلا لم اجد فيهم آثارا واضحة لعمل التهابي في قاعدة الحبيل ولا فيما حوالى
الحوية السرية فني معظمهم وان اختلفوا في تقدم السن كان اندغام الحبيل
ايضا متينا ولم يكن الحبيل فيهم جافا من قاعدته فبموجب ذلك لا يكون التهاب
قاعدة الحبيل شرطا لتحريض السقوط بل العكس اي انما يظهر الالتهاب
في الحالة التي يكون فيها السقوط عادة اكثر تأخرا وتقهقر الان الحبيلات التي
تتقيح غالبا هي التي تكون فيها اللينفا وارتون كثيرة جدا فعلم من ذلك ان جفاف
قاعدة الحبيل من الشروط اللازمة لسقوطه واما كثرة اللينفا فتعوق اي تقهقر
هذا الجفاف فبموجب ذلك يتعوق سقوط الحبيلات التي فيها هذه اللينفا فهنا
كل من التعقل والمشاهدة يقوى احدهما الآخر لان تعقلاتنا انما هي مؤسسة
على المشاهدات ومع ذلك من حيث انه قد يتفق احيانا ان الالتهاب يظهر ايضا
في حوية رقيقة يندغم فيها حبيل رقيق دقيق جدا يكون من المعلوم
انه قد يوجد سقوط للحبيل قبل اوانه حتى في احوال الالتهاب السري لكن هذه
الحالة نادرة جدا فاذن نعتبر هذا الالتهاب مجرد شئ عارضي لا انه عمل لازم
لسقوط الحبيل وان كانت جميع المشاهدات التي ذكرها اورفيلا في كتاب الطب
الشرعي يعلم منها ان جميع الاطفال كانت الدائرة الحمراء موجودة في سرتهم
ويمكن ان يستنتج من جميع ما سبق ان انفصال الحبيل السري ناتج من الانقباض
الذي تفعله اللينفا الجافة في العروق السرية في محاذاة السرة وان هذا السقوط
يتحرض من جذب البطن الى الداخل والخارج هذا الجزء الضيق الجاف السهل
التمزق من الحبيل وانه لا يوجد في هذه الحالة غنغرينا في الحبيل كما ظنها هالير
ولا انكماش في البشرة كما قال بذلك غرديان حيث لا تقدر على فعله هذه الغلالة
الرقيقة الخامدة الفعل وانه ليس هناك انقباض في الجلد مع التهاب في السرة كما

زعم

زعم ذلك قابرون وانه لا يلزم لذلك عمل التهابى ولا تقيح حقيقى كما قال بذلك كثيرون وان هذه الظاهرة الاخيرة التى لا تحصل الا فى احوال مخصوصة لا تعتبر سببا لازما لسقوط الحبيل ومع ذلك من المعلوم ان التهاب الاجزآء التى توجد فيها اوعية وتقيحها لا يسببان دآئما تمزق هذه الاوعية فانه كثيرا ما نشاهد اوردة وشرايين تبقى سليمة فى وسط خراج كبير وقد شاهد بكلار ان الشرايين فى وسط الاجزآء الملتهبة لا تلتهب فى معظم الاحوال بل فى كلها وذكر فى بعض كتبه امورا اوتعية تقوى ذلك فاذا كان الامر كذلك كيف يقال انه يلزم وجود عمل التهابى فى السرة حتى تتسبب عنه سهولة تأكل الوريد والشرايين السرية ويتبع ذلك سقوط الحبيل

الفصل الثالث
فى التحام السرة

لاجل ان يعرف جيدا ما يحصل فى السرة بعد سقوط الحبيل ينبغى ان لا يهمل النظر فى هاتين الحوتين السريتين اللتين تكلمنا عنهما احداهما وهى القليلة البروز الداخلة فى نفسها وتوجد عادة فى الحبيلات الدقيقة الرقيقة وثانيتهما التى هى غليظة بارزة جدا وتعانق بجزء عريض منها قاعدة الحبيل التى يظهر انها تنبسط عليها وتوجد كثيرا فى الحبيلات الغليظة الرطبة وكلما حصل شئ من الجفاف تكرش اولا محيط السرة وفى هذا الزمن يوجد فى السرة احيانا حلقتان جلديتان احداهما داخلة فى الاخرى واذا انفصل الحبيل باستدارة صارت الدآئرة السرية خالصة وتكون حينئذ فوهة الانخساف القمعى الشكل الذى قد يعلق الحبيل فى عمقه ايضا بعرق اوعرقين ولم يلبث الحال قليلا حتى تتمزق تلك العروق فيوجد فى طرف هذا الانخساف القمعى اوفى عمقه الاطراف المقطوعة لتلك الاوعية محاطة بمنسوج خلوى ومحفوظة فى محاذاة الدآئرة الصفاقية الآتية من الخط الابيض لهذا الجزء بامتداد اى زآئدة من الشريط الصفاقى المستعرض المغطى لظاهر البريتون وهذا الجزء من الحبيل مركب من شريانين جدرانهما سميكة فى هذا المحل مكونة

هنالك هيئة انتفاخ مغزلى ومن الوريد السرى ومن طرف الاوركوس وجميع هذه
الاجزاء تنخسف شيأ فشيأ نحو التجويف البطنى بسبب انكماشها وها هو سبب
الانكماش على ظنى وذلك لان الشريانين السريين والوريد السرى تشارك الجسم
فى النمو العام الى وقت الولادة اما بعدها حيث يبطل فعلها فلا تقبل دما وتبتدأ
فى الانسداد وكأن قطرها وطولها يقصران معا عند ذلك ثم بسبب
النمو السريع للطفل فى الايام الاول من الحياة والعظم والاتساع لجدران البطن
تتسع على التدريج المسافة التى بين السرة ونهاية العروق السرية غيران هذه
العروق تضمر ولا يحصل فيها استطالة موافقة لنمو البطن فينتج من ذلك انها
تجذب نحوها الحوية السرية التى كانت اولا بارزة مخروطية فتصير حالا
سطحا منضغطا على هيئة قمع ويتعادل ذلك الجذب بالحلقة الصفاقية للخط
الابيض فيتكون حينئذ كما قال وبنيس شبه كيس يحصل فى عمقه تقيح لا ينبغى
اشتباهه بالتقيح الذى ينتج من فساد قاعدة الحبيل فى بعض الاحوال واذا تكون
الانخساف القمعى للسرة وحصل فيه التقيح الذى ذكرناه صار محل اندغام
الحبيل فى الغالب جافا بالكلية واحوال هذا التقيح مختلفة فاولا ان الجلد الذى
يحيط بالسرة ويكون دائما منسحبا قليلا فى محاذاة محل انفصال الحبيل يتحول
بدخوله فى نفسه الى هيئة غشاء مخاطى يفرز سائلا صديديا وثانيا ان المنسوج
الخلوى الذى فى عمق الكيس يسقط فى التقيح ويشاهد ايضا فى مركز السرة شبه
حديبة رخوة محمرة تختلف حمرتها شدة وضعفا مكونة من اطراف العروق المنضمة
مع بعضها وهذه تزول وتنخسف شيأ فشيأ فى البطن واحيانا تلتهب وتصير
فطرية ويتكون منها فى مركز الحوية الجلدية تولد اى مرتفع ناتئ يضطر لكيه
بالكاويات ثم ان هذه العروق السرية يتكون منها فى محل انضمامها زاوية
تأخذ فى الانفتاح شيأ فشيأ كلما حصل الانكماش السرى واذا كان الانخساف
عميقا انضم الجلد الداخل المتكرش باستدارة الى حوافيه ويكون ذلك الانضمام
اسهل كلما كان انسحاج حوافيه اخف فيظهر هنا التهاب التصاقى فيحصل
فى ذلك الجلد حينئذ اثرة ترتسم فيها خطوط صغيرة كثيرة مبيضة توجد فى المحل

الذى حصل فيه ذلك الانضمام وتبقى ايضا مدة الحياة ويظهر كأن الجلد انجذب لعمق السرة بواسطة الالتصاقات الخلوية التى تضمه فى عمق الكيس بالاوعية السرية وتأخذ هذه الالتصاقات فى الضيق والتصلب شيأ فشيأ وينتهى حال الوجه الباطن للثنية الجلدية بان يجتمع بمحيط الدائرة الصفاقية للخط الابيض

ثم عند انتهاء الالتحام فى عمق السرة تكتسب الحوية السرية فى الباطن شكلا جديدا فلا تكون مستديرة بل تكون مركبة من ثنيتين مخصوصتين احداهما عليا تكون فى الغالب غليظة جدا والاخرى سفلى تكون غالبا بل دائما رقيقة وشكلهما صليبى وتحدب احداهما يقابل تقعر الاخرى فينتج من ذلك فى مركز السرة انخساف كنصف دائرة تقعيره يلتفت تارة الى الاعلى وتارة الى الاسفل وهو الغالب لان جذب الشريانين السريين اقوى فى هذه الجهة من جذب الوريد السرى وهذه الهيئة لا تختلف الا قليلا وتشاهد كثيرا فى البالغين ومع ذلك يحصل فيها تنوع فيما بعد من النمو التدريجى للبطن وحالة السمن والنحول ونحو ذلك غير ان الشكل الاصلى للسرة فى اغلب الاحوال هو ما ذكرناه فاذا شوهد فى الرمة وكان هناك فى السرة رشح صديدى استنتج من ذلك ان الحبيل سقط قريب والطبيب دينيس سمى بالحلقة الجلدية الوقتية الحلقة التى تحيط بالحبيل قبل سقوطه وسمى بالحلقة الدائمة الحلقة التى تبقى مدة الحياة وهذا التمييز من الانصاف ولا بد غير ان صاحبه غلط فى اعطائه لهذه الحلقة شكلا دائريا مع انه ليس كذلك كما بيناه ومن الواضح ان الثنيتين او الحافتين اللتين ذكرناهما تاتجتلان من الجذبات التى يفعلها الشريانان والوريد فى عمق السرة لجهات متعاكسة فلما كان الجذب فى العادة من الاسفل اكثر فى الاعلى كانت الحافة العليا غالبا معانقة ومجاوزة للسفلى

والغالب ان الالتحام يتم من عشرة ايام الى اثنى عشر وان رشح السرة يجف ومع ذلك هو يختلف كثيرا ولكن الغالب الالتحام بسرعة وشكل السرة يكون من الاسباب لطول او قصر الزمن الذى يستدعيه تمام الالتحام فيحصل ذلك

بسرعة اذا كانت الحوية رقيقة والحبيل دقيقا اما اذا كانت الحوية غليظة ومتقدمة على الحبيل فان الانكماش والالتحام يتعوق حصولهما بل قد تحفظ الحوية احيانا طول الحياة شكلها المرتفع المعوج لان هذه الهيئة تشاهد احيانا فى البالغين وبالجملة اذا وجدت السرة فى الاطفال ملتحمة ينبغى ان تراعى هذه الاختلافات فى شكل الحوية السرية فالسرة الرقيقة غالبا توافق الحبيل الدقيق ففى هذه الحالة يتم جفاف الحبيل وسقوطه والتحام السرة قبل عشرة ايام اما اذا كانت السرة بارزة جدا فان القريب للعقل توافقها مع حبيل سميك وينتج من ذلك ان الالتحام انما يحصل بعد عشرة ايام لا قبل تمامها

وقد يتعوق سير الالتحام او يتغير شكل الاثرة من اسباب مرضية كالالتهاب وفتق السرة وبعض تشوهات خلقية لان كلا من هذه الامراض يجد له محلا فى هذا السير ولا نطيل هنا الكلام على ذلك اذ قد نرجع اليه فى مبحث الحمرة والفتوق البطنية وغير ذلك واذا بحث فى مركز السرة بانتباه وجد مشغولا بحدبة صلبة ناتجة من الاطراف المنسدة المجتمعة للشريانين السريين والوريد السرى وكلما تقدم الطفل فى السن ضاقت المسافة السرية وانخسفت الى الباطن الحدبة والمركز السرى وتقاربت حوافى الحوية الجلدية حتى تقرب للتلامس واما الاثرة الحقيقية اى الغلالة الالتحامية فانها تصير آكية وتتيبس فى محاذاة الحدبة الوعائية التى تنكمش شيأ فشيأ جاذبة نحوها المركز المنتظم للاثرة السرية

الباب الرابع

فى تفلس البشرة اى تقشرها

هنا ظاهرة مهمة ايضا كالتى ذكرناها وهى سقوط البشرة لجلد الاطفال بعد الولادة بزمن ما يتعرى عن بشرته فيلزم ان يعلم اولا زمن هذا التفلس البشرى وثانيا كيفية حصوله وثالثا النتائج الفسيولوجية والعملية التى تؤخذ من ذلك

فتقشر البشرة لا يحصل الا بعد الولادة ولم يعرف على سبيل التحقق ان هذه الظاهرة ابتدأت فى طفل مدة الحياة داخل الرحم بل مما هو عظيم الاعتبار ايضا

ان المسقوطين لا تحصل فيهم هذه الظاهرة بعد نزولهم من بطون امهاتهم حالا فيلزم لتقشر البشرة ان يمضى على الاطفال زمن ما حتى يحصل لهم ذلك والاطباء الشرعيون يحتوا فى استخراج بعض نتائج من سقوط البشرة بالنظر لسن الجنين فالطبيب اورفيلا اراد ان يحرر المشاجرات التى حصلت فى هذا الموضوع من شوسيير وفابرون ففعل بمصاحبة الحكيم تيرى بعض ابحاث وتفتيشات استنتج منها ان تفلس البشرة يتقدمه اولا عمل تجهيزى ثم ارتفاع تلك البشرة ثم سقوطها فالعمل التجهيزى يحصل على رأى هذا الطبيب الماهر من اليوم السادس الى الحادى عشر وارتفاع البشرة عن جميع اجزاء الجسم من العشرين الى الثلاثين وتمام التقشر لا يحصل الا من الخمسة والثلاثين الى الاربعين وعلى رأى هؤلاء الاطباء ان بعض الامراض قد يؤخر او يمنع سقوط البشرة قال بليار وقبل ان نذكر رأينا فى هذه الظاهرة نذكر الامور الواقعية التى اجتنيناها واسسنا رأينا عليها وذلك ان الستة والثمانين طفلا الذين بحثت فيهم لاجل الحبيل السرى بحثت فيهم ايضا عن الموضوع الذى نحن بصدده فتقشر البشرة كان لم يبتدأ فى اثنين واربعين منهم وكان سن اربعة عشر منهم يوما واحدا واحد عشر يومين وتسعة ثلاثة ايام وخمسة اربعة ايام واثنين خمسة ايام وواحد تسعة ايام وواحد عشرة ايام فنتج من ذلك ان تقشر البشرة يبتدأ فى ازمنة مختلفة على انه ينبغى ان تعلم ان اكثر الاطفال الذين لم يوجد فيهم ذلك كان عمرهم يوما او يومين فبموجب ذلك يختار انه لا يحصل بعد الولادة حالا ولنبحث الآن عن السن الذى يبتدأ فيه حصول هذه الظاهرة للاطفال لكن قبل ان ندخل فى ذلك نذكر كلمات فى الكيفية التى يكون عليها هذا التقشر فاقول

ان العمل التجهيزى الذى ذكره اورفيلا على حسب رأى تيرى لم يظهر لى تحقيقه وهذا الطبيب لم يوضحه لنا توضيحا كافيا فأظن ان الوقت الذى تتشقق فيه البشرة هو الذى يحصل فيه ارتفاعها الحقيقى اذ عند التشقق ترتفع وتتقشر فاذن لا نختار فى ظاهرة التقشر الا حالتين متميزتين وهما ارتفاع

البشرة وسقوطها فالارتفاع يحصل بثلاث كيفيات مختلفة اما ان ترتفع على هيئة خطوط او اثلام واما على هيئة صفائح عراض واما على هيئة فلوس نخالية وكل من هذه الكيفيات الثلاث للتقشر ناشئ من الاعضاء التى ترتفع منها البشرة فالخيوط او الاثلام تشاهد فى البطن وفى محاذاة الاثلام الجلدية التى تحدث من انثناء المفاصل وفى الاربيتين والمابضين وثنية القدم وثنية الذراع ونحو ذلك والصفائح العريضة تكون فى المحال التى بين هذه الثنيات وعلى الجدران الصدرية وغالبا على اخمص القدم واحيانا على البطن والقشور النخالية توجد فى محاذاة القص وفى الابطين وعلى الخدين وبين الكتفين وعلى المنكب والذراع والالية ونحو ذلك قال بليار فهذا ما شاهدته مع غاية الانتباه من كيفيات التفلس واما ما شاهدته بالنظر للسن الذى يحصل فيه ذلك غالبا بالكيفية التى يكون عليها فهو ما سيذكر

وذلك ان من الاطفال الذين ذكرت عددهم سابقا اربعة واربعين حصل فيهم تقشر البشرة ولاجل انتظام ذكر الظاهرات المختلفة التى وجدت فيهم نقسم تلك الظاهرات الى جملتين الاولى ظاهرات ابتداء التقشر والثانية ظاهرات كونه فى شدة فاعلية ونقسم الاطفال الى الذين ابتدأ فيهم التقشر والذين كان فيهم فى شدة فاعليته والذين انتهى فيهم اما الاولى فشوهد ان البشرة ابتدأ ارتفاعها فى احد عشر طفلا سواء على هيئة خطوط او فلوس نخالية فى محال مختلفة من الجسم ففى ثلاثة منهم كانت البشرة لم تزل فيهم غير متشققة ولا متفلسة لكن يدرك بسهولة انه ابتدأ فيها التصاقها بالجلد فكانت اذا قرصت او حكت ظهر كانها تتحرك وتنقاد للضغط بالاصابع فكان فيها جفاف عظيم ويخالف منظرها بقية اجزاء الجسم التى يكون الجلد فيها املس والبشرة مصقولة وممتدة جيدا عليه وكانت هذه الهيئة فى بشرة البطن وكانت خشونتها ومنظرها المتغير فيها بعض شبه بالغلائل التى تكون على سطح اللبن اذا قارب الغلى ثم فى اليوم التالى ومابعده ظهرت على هذه الاسطحة خطوط متشققة وفلوس كثيرة وبعد ذلك سقطت تلك البشرة وربما كانت تلك الهيئة المخصوصة

لطبقات

لطبقات البشرة هي التي سماها تيرى بالعمل التجهيزى وعلى كل حال فهذه
الهيئة ليست ضرورية للسقوط لانها انما توجد نادرا بخلاف خطوط التقشر
فانها تكون غالبا بدون عمل ابتدآئى والاطفال الثلاثة الذين ذكرتهم كان عمر
واحد منهم ثلاثة ايام والثانى يوما واحدا والثالث يومين وثمانية اطفال لم يوجد
فيهم الا بعض خطوط فى البطن اوعلى قاعدة الصدر وكان عمر ثلاثة منهم
يوما واحدا وثلاثة يومين وواحد ثلاثة ايام وواحد اربعة ايام ويشاهد فى الثلاثة
الذين لهم يومان قشور خفيفة فى الابط وخطوط جهة ثنيات العنق والاربعة
واظن ان الاولى بالتحقيق ان يعتبر هذا التقشر فى ابتدآئه عند هؤلاء الاطفال
الذين ذكرتهم وحينئذ فسنهم يختلف كثيرا بحيث لا يمكن بالضبط ان يعين الزمن
الذى يبتدأ فيه هذا التقشر عادة

واما الثانية فهى ان يكون التقشر فى شدة فاعليته بان تكون القشور فلوسا
عريضة اومناطق واسعة ترتفع من محال مختلفة من الجسم وشاهدت ذلك
فى اثنين وثلاثين طفلا واحد منهم كان عمره يوما واحدا وسبعة يومين وثمانية
ثلاثة ايام وستة اربعة ايام وستة خمسة ايام وواحد سبعة ايام واثنان تسعة ايام
وواحد خمسة عشر يوما فاذن يكون سن شدة الفاعلية عادة من ثلاثة ايام الى
خمسة هذا وقد ذكرنا سابقا ان التقشر لم يشاهد فى اثنين واربعين طفلا
وازيد على ذلك ان هنالك احوالا يحصل فيها بكيفية غير محسوسة اذ الصفايح
والخطوط لا توجد دآئما ظاهرة واضحة فى جميع الاطفال بالكيفية التى
ذكرناها وانما البشرة حينئذ تسقط على هيئة غبار ناعم بدون ان تعرف
الادوار المختلفة للتقشر والسقوط ويصح ان تسمى هذه الظاهرة بالتقشر الغير
المحسوس ولم يتيسر لى ان اعرف سبب هذا الاختلاف فى التقشر فلنمسك عنان
القلم فيه

ومدة زمن التقشر تختلف كثيرا ولقد رأيت انتهاءه فى ثلاثين يوما بل فى شهرين
ايضا نعم هو يكون طويل المدة وبكيفية اوضح واظهر فى الاطفال الساقطين
فى الذبول والنحول لان استرخاء جلودهم يساعد على ارتفاع البشرة على هيئة

فلوس عريضة ولا منافاة بين هذا وبين ما قاله تيرى من ان الالتهاب المعدى المعوى يعوق سير ظاهرة التقشر اذ لا يخفى عليك الفرق بين التعويق وطول المدة واحسن من ذلك ان نقول ان انفصال البشرة يعين عليه الجفاف والاسترخاء اللذان يحدثان فى الجلد من الضعف ولذلك يحصل تقشر البشرة ايضا للبالغين الذين حصل لهم ذبول ونحول سريع من مرض ثقيل فتتبدل بشرتهم فى النقاهة بغيرها والظاهر ان التغذية فى هؤلاء المرضى وقفت فى اجزاء الجسم التى لا تحصل فيها عادة الا ببطئ فصارت البشرة خالية من الفاعلية الحيوية التى تأخذها من الدورة العامة فذبلت وسقطت فى حالة موت فالضعف اى الذبول فى طفل ابتدأت بشرته فى التقشر ينبغى ان يعين على طول مدة ذلك التقشر

وسبب تقشر البشرة فى المولودين يتضح ان يوضح بما سيذكر وذلك ان جلد الطفل لما مكث سبعة اشهر تقريبا مغمورا فى سائل فكان محفوظا فى حالة استرخاء وترطيب مستدامة (ولا ننس ان البشرة على رأى اوتريبت انما يبتدأ تكونها من شهرين) فتبقى بشرته مندأة بمياه الامنيوس الى وقت الولادة فاذا عرضت للهواء لزم ان يحصل لها جفاف فجائى فتفقد رطوبتها التى كانت معها مدة الحياة داخل الرحم وينتج من جفافها الذى لا يمنع التنفيس الجلدى تشققها وتفلسها وسقوطها اما على هيئة صفائح او على هيئة غبار

وكلما ارتفعت الصفائح البشرية تكونت تحتها بشرة اخرى بكيفية غير محسوسة والجلد الذى تحت البشرة المرتفعة يكون احمر قابلا للتهيج جدا لانه يلتهب باسهل حال فقد شاهد بليار زوال البشرة كلها من جلد الصفن فصار يلامسه البول فالتهب وصار محلسا لحمرة شديدة كثيرة الالم فالبشرة تتولد بسرعة فى المحال المعرضة للهواء باطلاق لكن سطح الجلد الذى حصل فيه التقشر اذا كان فى عمق الثنيات كتحت الابط وفى العنق والاربية كان فارا من مماسة الهواء مباشرة وينفرز منه كالاسطحة المخاطية سائل دهنى لعابى فاذا وضع عليه مسحوق مجفف سهل تجفيفه وكان ذلك معينا على تكون البشرة الجديدة فيه

وتلك

وتلك حالة تثبت ان البشرة انما هي نوع افراز جلدى اى صفيحة تقرب لان تكون غير آلية فتتلف او تكون على حسب تعرض الاسطحة الجلدية لملامسة الهواء او حفظها عن مباشرته

وزوال البشرة فى المولودين ينبغى ان يعين على الامتصاص الجلدى لان الادمة حينئذ لا تكون مغطاة بالطبقة الحافظة لسطحها الماص وهذه الحالة لا ينبغى اهمال مراعاتها فى العلاج لان بهذه الواسطة يسهل ان يدخل فى الجسم ادوية مضطر اليها مع انه يعسر على المولود ادخالها من الطريق الاعتيادى فالظاهر انه قد يكون الانفع للطفل اعطاءه ادوية بطريق التشرب والامتصاص من الجلد اعنى ان تزال عنه بشرته سوآء بجراقة او غيرها ثم توضع عليه الادوية المراد ادخالها فى الباطن

ولا ينبغى ان يشتبه التقشر الطبيعى للبشرة بالسقوط المسبب عن التعفن ففى تلك الحالة الاخيرة تكون جدران البطن فى العادة مخضرة وتظهر اذ ذاك العلامات العامة للتعفن فاذا رفعت البشرة مع الاحتراس تشاهد خيوط كثيرة دقيقة شفافة عديمة اللون تتمزق بعد ان تمتد الى درجة ما من الاستطالة قال بليار ولم تشاهد هذه الاستطالة فى السقوط الطبيعى للبشرة ولقد عد هذه الخيوط كثير من المشرحين كهنتر و بيشا وشوسيير من الاوعية ولكن حيث لم تشاهد الا فى حالة التعفن فالاولى كما انصف بكلار فيها ان تعتبر امتدادات مخاطية مكونة من الجوهر المتوسط بين الادمة والبشرة ويصير سائلا لزجا بابتدآء الفساد فيه اى تحليل تركيبه

قال بليار ولقد شاهدت حصول التقشر فى الطفل مرتين فليس بنادر ان تشاهد ظاهرات التقشر الطبيعى لبشرة اطفال فى الشهر الاول من ولادتهم فاذا وقعوا فى المرض بعد ذلك حالا وحصل لهم منه ضعف وذبول بسبب تقدم الدآء انفصلت منهم بشرة البطن والاطراف من جديد الا انها ترتفع على شكل صفائح عريضة فتنفصل من البطن مناطق واسعة وتظهر فلوس نخالية كثيرة على اجزآء مختلفة من الجسم ويوجد التقشر فى الايدى والارجل حينئذ اكثر

عما فى الحالة الاولى ويسبب ذلك فى الحقيقة هنا للضعف الذى يحصل من المرض المزمن العارض للطفل ولما شاهد الطبيب تيبردى هذا التقشر الثانوى فى الاطفال الكبار ظن ان الالتهاب المعدى المعوى المصيب لهم يعوق ظهور هذه الظاهرة مع انه يمرضها وبهذا تتضح المنازعة المذكورة لهذا الموضوع فى كتاب الطبيب اورفيلا

ومن العسر ان توضع نسب لازمة بين سقوط البشرة وسقوط الحبيل ليعرف منها سن المولود قال بليار ولقد استنتجت من بحث التقابل بين هاتين الظاهرتين نتايج عامة لكنها لم تفد شيأ وقد نتج من الاعتبارات التى ذكرناها ان تقشر البشرة فى المولودين ظاهرة طبيعية لا تستدعى الا الاحتراسات الصحية

الباب الخامس

فى قامة الطفل ووزنه

الطفل من ولادته الى تمام الشهر السابع ينمو بسرعة والتغذية تحصل فيه بقوة عظيمة ولذلك لم يلبث قليلا حتى ترتفع قامته بالنسبة لما كانت عليه حين الولادة وتعظم اطرافه عظما زايدا وذكر سيران الجنين ينمو فى بطن امه فى كل شهر قيراطين فينتج من ذلك انه يلزم ان يكون طوله عند الولادة ثمانية عشر قيراطا تقريبا وهذا صحيح على فرض ان الطبيعة تتبع ذلك الحساب بالضبط قال بليار وانى بدون ان اعتبرا لنمو المنتظم للجنين مدة كونه مقيما فى الرحم قد قست لاجل ذلك بعض اطفال من سن يوم واحد الى شهر وها هى نتيجة هذا البحث

ولقد اخذت لذلك اربعة وخمسين طفلا حسبما اتفق اى بدون تمييز بين سنهم ونوعهم من الذكورة والانوثة لاجل قياس قامتهم واعتبار القامة المتوسطة ثم سرد جميعهم واحدا واحدا بعمره وطوله ثم قال يعلم من ذلك كله ان اغلب الاطفال المقاسة اطوالهم سواء وقت الولادة او بعدها بخمسة عشر او عشرين يوما لم يبلغوا ثمانية عشر قيراطا بل اكثرهم انما كان سبعة عشر فان اثنين وعشرين من الاربعة والخمسين الذين ذكرتهم كان طولهم ١٧ قيراطا واربعة فقط كان طولهم ١٨ قيراطا والباقى ١٩ و ١٦ و ١٥ فيصح

ان

ان تكون القامة المتوسطة الاعتيادية للطفل عند الولادة من ١٦ الى ١٧
ثم قال فيؤخذ من الامور الواقعية التى ذكرناها انه لا يمكن وضع قياس محدود
للقامة فى جميع الاطفال لان قامتهم تختلف كاختلافها فى الناس البالغين
فمنهم من يولد بقامة كبيرة واطراف غليظة وقوة كبيرة ومنهم من يولد صغيرا
نحيفا ذا مزاج ضعيف ويدومون على ذلك طول الحياة وبالجملة جميع
الاختلافات التى توجد فى النوع البشرى فى الطول والقوة والشكل والهيئة
واللون توجد ايضا فى الاطفال وكل هذا تنوع طبيعى كالتنوع الكائن فى بقية
الكائنات الطبيعية التى لا حصر لتولداتها وليس فى طاقة البشر الوقوف
على متنوعاتها ثم ان شوسيير بعد ان ذكر ان القامة الاعتيادية للمولود التام
الاشهر ثمانية عشر قيراطا استشعر ان من المهم ان يعرف التنوع الذى فى هذا
الاصل الكلى فقال قد شوهد فى بعض الاجنة التامة الاشهر ان طول القامة
١٤ قيراطا او ١٥ واحيانا شوهد منها ما بلغ ٢٧ قيراطا كما ذكر
ميلوط انه شاهد ذلك انتهى ومن العسر ان يعرف بالضبط مقدار ما يزيده
الطفل فى كل شهر بعد الولادة الى سبعة اشهر او ثمانية فان ذلك يختلف
كثيرا باختلاف امزجتهم والامراض التى يصابون بها فى هذا الزمن واما وزن
المولود فليس الاهتمام به الا ثانويا ولقد عرف ذلك سابقا من مشاهدات
صحيحة فعلها شوسيير وبودلوك وغيرهما بحيث توافقوا على ان وزن المولود
لتسعة اشهر من خمسة ارطال الى خمسة ونصف قال شوسيير قد وجد اطفال
ولدوا لتمام اشهرهم ولم يبلغ وزنهم الا ١٣٠٠ جرام اى اربعين اوقية اى رطلان
ونصف رطل ومنهم من كان وزنه ١٧١٤ جرام اعنى ستة وخمسين اوقية
او ثلاثة ارطال وكثيرا ما يشاهد من زاد عن الستة ارطال ٣٠٠٠ جرام
وشوهد على سبيل الندرة من بلغ ٤٤٠٠ جرام اى ١٥٠ اوقية او ٩
ارطال واندر من ذلك ٦٨٠٠ جرام اى ٢٢٠ اوقية او ١٢ رطلا
وبودلوك شاهد من بلغ ١٣ رطلا وذكر بعضهم ٢٣ رطلا او ٢٥
ووزن الطفل فى كل سن يختلف باختلاف احوال كثيرة يعسر ضبطها

ولا حاجة لذكر ما نيل بالبحث في ذلك لعدم الفائدة فيه

الباب السادس
في وسائط بيان احوال الطفل

هذه الوسائط مقصورة على الصياح وحالة السحنة فلذلك عقدنا لهذا الباب فصلين

الفصل الاول في الصياح معتبرا كونه علامة

نقسم هذا الفصل الى ثلاثة مباحث

المبحث الاول
في تفصيل الصياح وتحليله

اذا سمع صياح الطفل من غير تأمل فيه لم يسمع الا مجرد لغط فقط وهو كناية عن صراخ تمييزه جيدا من غيره من انواع اللغط التي تقرع اسماعنا في العادة لكن اذا سمع مع غاية الانتباه وجد مركبا من جزءين متميزين عن بعضهما احدهما كثير الرنانية مستطيل وهو الصياح الحقيقي ويسمع مدة رد النفس ويبتدأ او ينقطع معه وهو ناتج من اندفاع الهوآء الخارج من الرئة نافذا من مزمار الحنجرة والجزء الثاني من الصياح ناتج من اخذ النفس فالهوآء بدخوله من المزمار للرئة ينضغط بالانقباض الشبيه بالتشنجي للعضلات الصوتية فيسمع منه لغط اقصر واحد واحيانا اثقل ادراكا من الصياح الحقيقي فهو هيئة ترجيع يحصل بين الصياح الذي فرغ والذي سيبتدأ وكثيرا ما يوجد الصياح وحده ولا يسمع الترجيع او يسمع الترجيع وحده وينكتم الصياح اي يختفي وقد يحصل في الترجيع. وللصياح تنوعات في نغمتهما ومدتهما ومعرفة ذلك مهمة فكلما كان الطفل اصغر كان الترجيع اقل سماعا ويزيد الاستشعار به كلما تقدم الطفل في السن والصوت الذي يقوم منه الترجيع يختلف من لغط هواء المنفاخ الى الصياح الحاد الديك صغير ويظهر ان زيادة شدته تكون دائما على سبيل التعاكس للصياح. فاذا هبط الطفل بعد الصياح الكثير من التعب او السهر

لو الالم قوى الترجيع وتسلطن فهو الذى يسمع وحده فى الشهقات التى يفعلها الطفل مع فترات عندما يحزن حزنا عميقا واذا قطع صياحه انقذف منه مع ذلك زمنا فزمنا تنهدات وزفرات عميقة محرضة من تذكار تألمه القريب

والنغمة المخصوصة للصياح تختلف كاختلاف اصوات الناس فانها فى كل طفل هيئة مخصوصة لا يمكن التعبير عنها وانما تميز بالسمع فقلب الوالد مثلا لا يضطرب ولا ينفجع من صياح الاولاد الغريبة عنها بخلاف ما اذا سمعت صياح الطفل العزيز عندها فانها تميزه جيدا عن غيره وتبادر له

فالصياح يقتضى ذلك ليس فى الحقيقة الا اخذ نفس ورده اى شهيق وزفير حصل فيهما رنانية فاذا كان الامر كذلك لزم ان يوجد فى الطفل مدة صياحه جميع حركات الوجه والجذع التى تحدثها حركة التنفس اذا صار شاقا قهريا ولقد اثبت الطبيب بيل من تجربياته ان الجزء المتين من الزوج السابع من الاعصاب هو العصب التنفسى للوجه اعنى انه يحمل على الخصوص نقل الحركة الى العضلات المحددة للفتحات التى ينفذ منها الهواء ليدخل فى الرئتين فاذن حركات فاعلات التنفس مدة صياح الطفل تقرب لان تكون تشنجية واما الحجاب الحاجز وعضلات الصدر فتنقبض بقوة وحركات الوجه تنقبض مثل ذلك وتعطى للسحنة هيئة مخصوصة ومن المعلوم ان هذه الحركات لمجموع عضلات الجذع والوجه ناشئة من الاتصالات التفممية الحاصلة بين الفروع العصبية الداخلة فى هذه الاجزاء المختلفة فاذا بحث فى طفل ابتدأ فى الصياح شوهد ان وجهه يحمر وتصير حركة تنفسه قهرية وينفتح فمه نصف انفتاح وعلى حوافى اللثة يشاهد اللسان ويكون احيانا مضطربا بحركات تشنجية خفيفة وتتسع الخياشيم وتنطبق الاعين وتصير الاجفان كانها منتفخة وترتسم على اصل الانف ثلاثة خطوط او اربعة عمودية ويظهر ايضا غيرها على الجبهة وتصالب فى جميع الجهات وتختلف فى العدد والاتجاه ويشاهد ذهابها ورجوعها على التعاقب فى كل حركة زفير وشهيق فاذا طالت مدة الصياح حرك الطفل مع ذلك اطرافه العليا بحركات ارتفاع وانخفاض متعاقبين كانه يساعد فعل

العضلات الموسعة للصدر وقد يتفق ان لا تكون فى الابتدآء هذه الانقباضات العضلية المختلفة والحركات الشاقة للتنفس مصحوبة بلغط اصلا لكن بعد ذلك يتبعها حالا صياح يكون اولا قليل الثبات ثم يكون مستطيلا قويا رنانيا وقد يتفق ايضا ان يكون الترجيع اولا اصم اولا يسمع الا زمنا فزمنا وكثيرا ما يصيح ثلاث صيحات او اربعا مجتمعة مع بعضها ثم يسمع ترجيع يتبعه صياح اطول من الصيحات الاول وينتهى بانتخاع اهتزازى فيه بعض شبه بصوت المعز الذى تسميه العامة بالمعمعة

فاذا انشنج الطفل ولم يصح بقى فمه مفتوحا ووجهه كانه فى حالة انقباض مستدام الى ان تنتهى فيه الحركة الشاقة للتنفس فى الآخر بصياح شديد فيظهر كان الطفل انما حصل له بفعل طويل شاق

ويشاهد هذا التعاقب المتوالى للصيحات القريبة لبعضها والترجيعات المتوسطة بينها والانقباضات العضلية للصدر والوجه مادام الطفل مضطربا فاذا ابتدأ فيه السكون حصل التوافق بين الزفير والشهيق وتقل شدة الصياح ويميز الترجيع حينئذ جيدا ويزول تكرش الوجه وينطبق الفم شيأ فشيأ ويتبدل الاضطراب الذى ذكرناه بسكون عام

وهنا امر مهم ينبغى ذكره هنا وهو ان الاطفال الصغار جدا لا تنسكب من اعينهم دموع عند الصياح اصلا او يكون ذلك على سبيل الندرة ومن المعلوم ان افراز الغدة الدمعية يتحرض فينا سريعا على سبيل الاشتراك من الغم والحزن فهل الاطفال الصغار جدا يبعدان يتأثر فيهم هذا العضو المفرز تأثرا عصبيا او يقال ان افراز هذا العضو محرض من التنبه العصبى الناشئ من اسباب آدابية نفسانية افلا تقدر على ان تؤثر فى هذه الغدة الآلام الطبيعية التى تكون هى الموجودة وحدها فى هذا الكائن الذى مخه لم تجتمع فيه الى الآن تصورات ولا تفكرات فلا تظهر فيه ارادة ولا اختيار وهذه اسئلة يعسر تحرير الجواب عنها مع ان هذه الغدة دآئما زآئدة النمو فى هذا السن وتقبل شرايين واعصابا ويوجد فى منظرها جميع الشروط التشريحية اللازمة لغيرها من

الغدد ومع ذلك لا ينزل منها دموع مدة البكاء مع ان مجرد تذكار لعزيز فقدمنا يحرك فينا زفيرا ويسكب منا دموعا غزيرا وبالجملة فالافراز الدمعي في الاطفال الصغار معدوم وان كان معهم اضطراب وصياح متكرر بسبب تكدرهم من القلق والسهر والتعب والالم وهذا امر ينبغي ان تلتفت اليه الفسيولوجيون وهو مثال عظيم الاعتبار لتاثير مخصوص في المجموع العصبي على وظائف بعض اعضاء من الجسم البشري فهذا تفصيل صياح المولودين وبيان الظاهرات المصاحبة له واذ قد عرفنا بذلك تقريبا كيفية حصول هذه الظاهرة الفسيولوجية فلنبحث الآن على الاسباب المحدثة لها وتوضيح ما يلزم توضيحه

المبحث الثاني

في اسباب هيئة الصياح

ان قلت ما سبب الصياح الاول قلت يغلب على الظن ان سببه هو الالم وهو ناتج من الاحساسات الجديدة التي يجدها الطفل كتاثير الهواء على جسمه عند انغماسه دفعة في جو ابرد من الجو الذي اعتاد المكث فيه مدة وملامسة الملابس والايدي وفعل الضوء على حواسه ودخول الهواء في الرئتين كما هو القريب للعقل حيث تكون هذه اول مرة يلامسان فيها هذا السائل ويعرف ان الطفل تأثر من ذلك بالحركات السريعة لاطرافه واحيانا بالعطاس ودائما بالصياح

وعلى الطبيب المولد ان يمعن نظره عند اللحظات الاول من الحياة خارج الرحم في هيئة الصياح ومدته وطبيعته لان هناك تنوعات في ذلك مخصوصة تدل على كون التنفس تاما او غير تام وعلى حالة صحة الرئتين او مرضهما وسنرجع لذلك ايضا فيما يأتي وانما نكتفي هنا بان نبين ان الطفل يعتبر قويا قابلا للمعيشة اذا كان صياحه رنانا سهلا لان ذلك يطابق دائما مع التنفس الخالص الواسع وذلك يدل عادة على قوة المولود وصحته وهذا الاصل لا يتخلف في معظم الاحوال فقد نشاهد اطفالا فيهم بعض سمن وقوة في الاطراف ولكن يتنفسون

ويصيحون بعسر فيهلكون بالاسفكسيا اى الاختناق اوبالسكتة وهنالك اطفال اخر يولدون ضعافا بالنظر للهيئة الظاهرة غيرانهم قابلون للمعيشة اكثر من الاطفال الاول بالنظر لقوة صياحهم فيكابدون التغيرات التى تحصل لهم دفعة من مرورهم الى الحياة خارج الرحم لكن بدون خطر يخشى عليهم من ذلك

وهنالك اسباب اخر لصياح الطفل غير ما يلزم ان يكابده من الاضطراب بسبب احساساته الجديدة الغير المعتاد عليها فقد يكون محرضا من التعب او من احتياجه للاغذية او من الالم فمن المهم حينئذ تمييز هذه الاسباب عن بعضها لتبعد او تلطف

فالتعب العام الذى يكابده من قماطه ولفائفه الملتف فيها قد يكون سببا للصياح وقد كانوا سابقا يقمطون الطفل بحيث لا يتحرك شئ من جسمه وقد تركت هذه العادة ولله الحمد وان كان يوجد عند بعض الاطفال الملتقطين بباريس من هو بتلك الهيئة لانها لم تزل مستعملة مع بعض القبائل الذين لم يتقدموا فى المعارف وبالجملة هى من اقبح العوائد واضرها بالطفل وانما اللازم تخفيف قماطه ولفه ليسهل تنفسه واطلاق اطرافه ليسهل عليه تحريكها وان يكون فراشه الذى ينام عليه لينا اذ الفراش اليابس تتأذى منه البالغون فكيف بهؤلاء الاطفال ذوى الابدان الرخوة فاذا كان قماطه شديدا بحيث انضغطت منه اعضاؤه وترك كذلك مدة طويلة مع احتياجه للنوم الذى هو اقوى الاحساسات التى يجدها حينئذ بعد الولادة شوهد بحسب الظاهر سكونه وهدوه غير ان هذا السكون وقتى برهى لانه بمجرد استغراقه فى اول نوم يصيبه يستفزه التعب الذى يجده من القماط الشديد فيبتدأ فى الصياح ويشاهد فى بيوت الولادة انه متى تحرك طفل وصاح قلدته جميع الاطفال الموجودين هنالك فيسمع الصياح من جميع جهات الاوضة المحتوية عليهم فباستيقاظهم بصياح الاول يحصل لهم مثله التعب او الالم الذى كان النوم مسكاله وقتاما

ويعرف ان صياح الطفل ناشئ من التعب الذى يجده من ملابسه او من فراشه

الغير المناسب بانه اذا ازيلت لفائفه اوارخيت اوسوّى فراشه سكن صياحه وانقطع ويعرف ايضا كون الصياح من التعب فقط بتقطعه اى حصوله زمنا فزمنا وسكونه من ادنى تغيير للهيئة اومن ادنى تشاغل للاطفال الذين يتأتى تشاغلهم وقد يكون سبب صياح المولود احتياج الاغذية وتحقق سببية ذلك اذا عرف انه لم يأخذ ثديه من مدة طويلة لكن لايستدل دآئما من سكونه باعطائه حلمة الثدى على انه كان جائعا الان هنالك اطفالا فيهم شراهة عظيمة للرضاع ولا يسأمون اصلا من التقام اثداء مرضعاتهم وتقذف فى كل لحظة معدهم اللبن المالى لها اوتصير محلا للالتهاب اذا تقدم عسر شفاؤه فيلزم فى هذه الحالة زيادة الانتباه فى تحديد ساعات للارضاع والاجتهاد فى تسكين الصياح بوسائط اخر ولا تنس ان للعادة فى الوظائف العضوية عند هؤلاء الكائنات الصغيرة تأثيرا له منافع جليلة فى قوانين الصحة وحفظها

واما الالم فكثيرا ما يكون سببا لصياح المولود ولكن صياح الالم عظيم الاعتبار بشدته وكثرته وصعوبته وبالهيئة المخصوصة للسحنة حيث يعسر شرحها مع انه يسهل ادراكها وفهمها وبالحالة العامة للطفل كانتقاع اللون والضعف وعدم الشهية ورفض تعاطى الثدى ومن الاوصاف الدالة عليه ايضا اجتماع الاعراض والعلامات الدالة على وجود مرض فى بعض اجزاء الجسم ومع ذلك قد يحصل فى النغمة والهيئة للصياح المحرض من الالم تنوعات بحسب الاعضاء المريضة سنذكرها قريبا فى المبحث الثالث

ومن الاطفال من يصيح بدون ان يعرف فى الحقيقة سبب صياحه ومع وجود هذا الاضطراب المستدام والسهر الطويل لا يشاهد فى هذا الطفل ضعف ويميز هذا الصياح بكونه اشد من غيره من انواع الصياح التى توجد فى قاعات الرحمة مع الاطفال الملتقطين والمراضع تصف الاطفال الذين معهم هذا الصياح بالشريرين وينشأ ذلك التنبه المستدام من ثوران الحساسية فيهم اكثر من غيرهم فعلى ذلك يكون الصياح ايضا معلنا بتعب ينبغى ان يجتهد فى تشاغل الطفل والهائه عنه بالوسائط المناسبة

ومن المهم مراعاة ما يحصل فى اعضاء التنفس والدورة مدة صياح الطفل فانا نعلم حينئذ ان الفاعلات الطبيعية للتنفس تكون فى حالة كانها تشنجية فينتج من ذلك تكدر عظيم فى الدورة الرئوية فلا يرجع الدم فى التجاويف اليسرى للقلب الا بعسر فيقف فى الرئتين ثم يفيض فى التجاويف اليمنى ومنها يذهب فى المجموع الوريدى عموما وينتج من ذلك الاحتقان واللون البنفسجى فى الوجه بل والاطراف وذلك هو ما يشاهد عادة فى الطفل الذى يصيح بشدة قال بليار وقد شاهدت كثيرا من الاطفال حصل لهم اسفكسيا حقيقية وقتية بسبب صياحهم فتكون الرئتان والقلب بل والمخ معرضة حينئذ للاحتقانات التى قد تكون مهلكة قتالة والصياح المستدام الذى يحرضه الالم فى الاطفال الرضع الذين هم عرضة لالتهاب معدى معوى بسبب تغذية رديئة السير قد يكون ايضا سببا للفتوق اذا تقدم فيهم النحول الحاصل من المرض فيلزم دائما ان يجتهد فى تسكين هذا الصياح وقطعه بما ذكره روزان حيث قال صناعة تسكين الطفل تقوم من منع سبب الصياح والهاء الطفل ببعض اشياء تشغله ويعتنى فيها بحيث يزول من عقله السبب الذى يثير الصياح بالكلية قال بليار واظن انه لا بأس لاجل منع سبب الصياح وعوده ان تحدد وتعين ساعات الارضاع ويعود الطفل على النوم فى اثناء هذا اللغط وان يلف بخفة فى لفائفه وان تكون درجة حرارة الاوضة التى فيها سريره متوسطة لا حارة ولا باردة وان يسكن اضطرابه اذا كان سببه التعب او الالم بصوت آلة لطيفة من آلات الموسيقى مثلا وعلى الخصوص بالغناء فانه واسطة سهلة طبيعية صارت الآن عامة عند جميع الناس

ثم بعد ان ذكرنا الشرح العام لصياح المولودين نذكر تنوعاته فى الهيئة والنغمة والمدة على حسب تنوع الامراض المصيبة للطفل ونودع جميع ذلك فى المبحث الثالث الآتى على الاثر

المبحث الثالث

فى انواع صياح المولودين

قد يحصل فى صياح المولودين تنوع فى الهيئة والنغمة والمدة فالتغير فى الهيئة اصناف الاول ان يكون غير تام اوغير كامل الثانى ان يكون شاقا الثالث ان يكون اختناقيا والتغير فى النغمة اصناف الاول ان يكون حادا اوثاقبا الثانى ان يكون ثقيلا اورنانيا الثالث ان يكون محجوبا اومستورا الرابع ان يكون معزيا والتغير فى المدة اصناف الاول ان يكون قصيرا اومتواترا الثانى ان يكون متقطعا اوشهيقيا ولنذكر شرح ذلك فى مطلبين

المطلب الاول

فى تنوع الصياح بحسب الهيئة

الصياح الغير التام هوان لايسمع من الصياح الاجزء منه فقد يعدم الترجيع بالكلية احيانا ويتسلطن الصياح واحيانا اخر لايسمع الصياح ويكون المتسلطن هو الترجيع وحده والحالة الاولى تحصل اذا كانت الرئتان سليمتين ليس فيهما سدد اى تلبك بل ينفذ فيهما الهوآء بسهولة وانما الطفل لا ينشر فى صياحه جميع الفعل القوى العضلى الذى يقدران يفعله مدة ادخال الهوآء بحيث ينفذ الهوآء من المزمار بدون لغط ولا ينتج لغطا الا بنفوذه منه ثانيا عند خروجه من الرئتين وهذا اللغط يقل الاهتمام به ويشاهد عادة فى الاطفال الغير المرضى الذين يولدون صغارا ضعافا جدا

اما اذا كان الصياح اختناقيا فلا يكون الحال كذلك وانما يسمع الترجيع وحده وذلك علامة اكيدة تقريبا للتلبك اوالتهاب رئوى قال بليار ومن حيث انى لااذكر هنا الا ما كان مؤسسا على امور واقعية التزمت ان اذكر مختصر التجريبات التى وصلتنى الى اعتباركون ماذكرته ثابتا قريبا لليقين

فقد شاهدت عشرين طفلا كان الترجيع متسلطنا عندهم والصياح اختناقيا فنهم ستة ولد والقبل بتمام الاشهر اعنى من خمسة اشهر الى سبعة من وقت العلوق فثلاثة منهم ماتوا على اللقف والنشر فى اليوم الاول والثانى والثالث بعد الولادة وكان الظاهر ان الهوآء لم ينفذ فى رئتهم لانها وضعت فى اناء مملوء ماء فانغمست

حالا فى عمقه بكتلتها وكذا بعد تقطيعها قطعا وفى ثلاثة اطفال اخر ولدوا
قبل تمام الاشهر ايضا دخل الهوآء فى جزء من النسيج الرئوى لكن كان جزء عظيم
من هذا النسيج معتما غير مقرقع محتقنا بالدم والاربعة عشر الباقون من العدد
كانت رئتهم فى حالة احتقان وتكبد عظيم الامتداد وكان ذلك حاملا على ظنى
ان الهوآء ما وصل اليها الا بعسر شديد
فاذن يمكننا ان نستخرج نتيجة اولى من البحث فى صياح المولود وهو انه
فى الاحوال التى لا يسمع فيها الا الترجيع وحده يقرب للعقل ان الهوآء لا يدخل
فى الرئتين او ما دخل فيهما قط او دخل فيهما يسيرا وهذه العلامة اذا ضمت
للعلامات المأخوذة من القرع والاسماع اتضح بها تشخيص امراض الرئتين
فاذا نودى الطبيب ليتكلم فى مجلس الحكم على قابلية طفل للعيوبة والمعيشة
لزم ان يستفهم عن طبيعة الصياح الذى كان يندفع من هذا الطفل لان الطفل
الذى لم يتنفس قد يصيح جيدا لكن صياحه يكون بكيفية مخصوصة ينبغى ذكرها
مع غاية الانتباه ويمكن ان يحترز بهذه الكيفية من المشاجرات والمعارضات التى
تحصل كل يوم فى مجالس الحكم بالبلاد الغريبة بين الاطباء الذين يثبتون
من البحث الرئوى ان الطفل لم يتنفس وبين شهود الاقارب والقوابل الذين
يجزمون بانهم شاهدوه يفتح فاه ويتنفس ويصيح
والصياح الشاق تسهل معرفته بالفعل العنيف الذى يفعله الطفل ليصيح
وبهيئة سحنته الدالة على التألم وبالتعسر الذى يظهر انه يكابده فى دفع الهوآء
من الرئتين وبانتهاء الصياح غالبا باهتزاز ارتعاشى قليل الثبات ضعيف
وهذا الصياح قد لا يكون سببه آفة فى اعضاء التنفس قال المؤلف ففى ستة
اطفال كان معهم مدة حياتهم تعسر عظيم فى الصياح مع ان جزءآه كانا يسمعان
فيهم فلما ماتوا وجد اثنان منهم مصابين بالتهاب بلوراوى رئوى مع انصباب
فى تجويف البلورا وواحد معه لين المعدة ولينا هلاميا ورابع معه التهاب مخى
وخامس التهاب بريتونى حاد وسادس التهاب تامورى واضح فالظاهر
ان الصياح اكتسب هيئة الالم الذى يحس به الطفل فالصياح الشاق الذى

لا يدركه

لايدركه المشاهد جيدا الا على سرير المريض ولا يتيسر شرحه هنا يقرب للعقل ان اقل مافيه ماعدا كونه نتيجة لازمة لداء من الداآت ان يكون علامة لوجود مرض ثقيل فى بعض اجزآء الجسم

والصياح الاختناقى يعرف معناه من لفظه فلا يسمع فيه لغط اصلا وانما الحركات المتوالية من الشهيق والزفير يحصل منها لغط ما نخفى مزدوج ممزوج بحس رفيع تختلف حدته ويسمع متقطعا اى مع فترات والاسباب التى يحصل منها اختناق الصياح كثيرة ففى ثمانية عشر طفلا كان صياحهم اختناقيا شاهدت ثلاثة عشر منهم تنفسوا وصاحوا جيدا ورأيت معهم التهابا رئويا شديدا وكانوا فقدوا الصياح فى الايام الاخر من حياتهم فشوهدت الرئتان فى الرمة متكبدتين جدا والحنجرة والشعب ملتهبة والاوعية الغليظة والقلب والمخ محتقنة بالدم جدا وفى طفلين شوهدت الحنجرة وحدها ملتهبة جدا واما الرئتان فكان فيهما بعض فرقعة والثلاثة الباقية ولدوا ضعافا وكان تنفسهم رديئا ولم يسمع لهم صياح اصلا ففى اثنين منهم وجد فى اعضاء تنفسهما مثل الاحتقان الدموى السابق واما الثالث فقويت حياته بوضع علقة تحت كل ابط فاخذ فى الصياح شيأ فشيأ وفى النمو بعض ايام ثم مات فلم يوجد فى رمته الا احتقان دموى فى الحافة العليا لكل رئة

وكثيرا ما يتفق ان يولد الطفل ويكون صياحه اختناقيا وانما يأخذ صياحه فى الظهور كلما صار التنفس اطلق واوسع وقد يصير التنفس اختناقيا ايضا فى النزع الذى يعرف فى نهاية مرض يقع المريض من تقدماته فى نهوكة عظيمة فاذا شوهد ذلك مع الوجه الابوقراطى كان ذلك علامة يقينية على موت قريب فهو انذار ردئ . ثم فنتج من ذلك كله ان الصياح الاختناقى يكون كالصياح الغير التام علامة مظنونة للتلبك والالتهاب فى الرئتين وربما كان علامة لالتهاب المزمار والشعب الرئوية

المطلب الثانى

فى تنوع الصياح باعتبار نغمته

ينبغى هنا زيادة الاعتناء والانتباه فى المشاهدة حتى يميز هل تغير النغمة حاصل فى الترجيع او فى الصياح الحقيقى فاما الصياح الحاد فينتج فى العادة من الترجيع الذى يصير متسلطنا والغطيا وربما يتحقق وجود هذا الصياح بالبحث فى طفل صار عرضة لآلام ذبحة قوية او اختناق قريب الوقوع ناشئ من وجود جسم غريب فى الحنجرة او ذبحة غنغرينية او التهاب حنجرى مع تكون غشاء كاذب اعنى بذلك الداء المسمى فى عرف عامة بعض البلاد الغريبة بالكروب وهذا اللغط الذى شبهه جميع المؤلفين بصياح الديك الصغير ويسمع من الاطفال فى الذبحة الكروبية انما هو ترجيع صار فى هذه الحالة لغطيا وحادا بقلة او بكثرة فى هذين الوصفين ومتقطعا ارتعاشيا بسبب الحركات التشنجية التى تصير الحنجرة مجلسا لها مدة سير هذا الداء المهلك ولقد استشعر بذلك الطبيب يورين سابقا حيث ذكر ان صوت المصاب بالكروب يسمع مدة اخذ النفس

والغالب ان الترجيع فى صياح الاطفال يصير حادا اذا صارت اللوزتان او الحنجرة مجلسا لتهيج ما فاذا صاحت الاطفال كثيرا او بموجب ذلك حصل فى اعضاء الصوت تهيج كبير لم يلبث الترجيع قليلا حتى يصير حادا جدا واما الصياح الحقيقى فينقطع سماعه ويشاهد مثل هذه الظاهرة اذا امتد التهاب الغشاء المخاطى الفمى الى اللوزتين والحنجرة قال بليار ولقد فحصت رمة ثلاثة اطفال غير مصابين بالكروب وكان الترجيع فى حياتهم حادا متقطعا شبيها بصياح الديك الصغير فكان فى اثنين منهم ذبحة شديدة ولم تمتد الالتهاب الى القصبة الرئوية وفى الاخير كانت اللوزتان مغشاتين بطبقة سميكة من القلاع وكان معه مثل ذلك فى حوافى المزمار واما قصبة الرئة فكانت سليمة كالرئة نفسها

وقد يكون جزءا الصياح حادين جدا كأن فيهما تمزقا بدون ان تكون هنالك آفة مخصوصة فى اعضاء الصوت والطبيب مونوار ذكر سابقا النغمة المخصوصة لصياح الاطفال المصابين بالاستسقاء المخى الحاد واظن انه سماه بالصياح الاستسقائى المخى ويقرب للعقل ان هذا ناشئ من الالم الشديد الذى

يجلد له

يتجلد له الطفل الذى مخه متمدد ومتمزق بتراكم المادة الصلية الآخذة فى الزيادة دائما فى بطينات المخ
فنظن انه لا بأس بان نجعل من القواعد ان ما يسمى عادة بالصياح الحاد يكون غالبا ناشئا من الترجيع الذى تغيرت نغمته والاولى جعل هذا التغير المخصوص علامة لذبحة حنجرية او حنجرية قصبية لا لالتهاب الرئتين
واما الصياح الثقيل او الرنان فلا يؤخذ منه كبير شئ فى العلامات وقد اتفق مرة انى شاهدت طفلا كان عظيم الاعتبار بصياحه الابح الرنان وكان مصابا بالتهاب معوى خفيف وشفى بسهولة فبالجملة قد تشاهد هذه النغمة المخصوصة بهذا الصياح بدون ان يعلم السبب الذى احدثها
واما الصياح المحجوب او المستور فيشاهد غالبا فى الآفات النزلية فهو يسمع مع سماع الخرخرة المخاطية او القرقعية ولعل المواد المخاطية السميكة السادة لفروع الشعب تمنع الهوآء عن ان يمر باطلاق فى القنوات التى يلزم ان يمر منها ليصعد للمزمار فلا تمر من ذلك كمية عظيمة كافية بحيث اذا نفذت من فتحة الحنجرة ينتج منها صوت نقى طنان واصابة هذا التغير للصياح اكثر من اصابته للترجيع فان الغالب ان هذا الاخير يحفظ عادة نغمته الطبيعية وان جاز العكس فمن اثنى عشر مولودا كان صياحهم محجوبا اربعة كانت الشعب فيهم مملوءة بمادة مخاطية وآخران كان معهما ذبحة شديدة فاذن يكون الصياح المحجوب علامة لآفة فى الشعب او فى الحنجرة ويشاهد ايضا فى الالتهابات البسيطة فى هذه الاجزآء او التى حصل منها فيها اغشية كاذبة ومن المعلوم لنا ان الاطفال الذين نجاهم الله بعد الاصابة بمثل الافات السابقة التى فيها تكونت الاغشية الكاذبة يبقى معهم مدة طويلة تغير مخصوص فى نغمة صياحهم واصواتهم
وهنا نوع مخصوص من الصياح قال بليار لم اشاهده الا ثلاث مرات وهو بسبب نغمته المشابهة لمعمعة العنز وكيفية اضطرابه وارتعاشه يستحق على رأيى ان يسمى بالصياح المعزى وفى هذا يسمع الترجيع اكثر من الصياح وكل منهما

قليل الثبات ولهما النغمة المخصوصة التي ذكرتها والاطفال الثلاثة الذين شاهدت فيهم الصياح المعزى كان عمر احدهم ثمانية ايام والآخر ثلاثة اسابيع والثالث اربعة اشهر وماتوا كلهم من التهاب معوى مزمن ولكن ماعدا ذلك كان المزمار محلسا لاوذيما عظيمة وكان فيه جميع علامات الذبحة الاوذيماوية بحيث يكون ذلك حاملا لى على ظن ان الصياح المعزى علامة خاصة للذبحة الاوذيماوية ولقد علمت ان هذا الرأى لى مأخوذ من امور واقعية يسيرة فعليك بالبحث والمشاهدة عسى ان تقف على ما يفيدك اليقين فيه

المطلب الثالث

فى تغير الصياح باعتبار المدة

اذا حرض سبب من الاسباب حركات التنفس صار الصياح سريعا فتتوالى جزءآه بسرعة وتتتابع ثلاث صيحات او اربع ويعقبها ترجيع واحد وهذا النوع من الصياح ينتج عادة من ظهور الم شديد بخانى كما اذا حصل للطفل وخز اولدع حرارة بعض المشروبات الحارة ويشاهد ايضا فى احوال المغص والقولنج والالتهاب البريتونى

والصياح المتقطع او الشهيقى يشاهد سيما فى الذبحة الاختناقية التى هى داء لاتستحق ذاتما ان تسمى بهذا الاسم الخاص القاسى فان الغالب فيها ان تكون تنبها عصبيا فى الاعضاء الرئيسة للجهاز التنفسى وهذا الصياح يقرب كثيرا من الصياح الذى يوجد فى الداء المسمى بالكروب وينشأ مثله من تغير مخصوص فى نغمة الترجيع لكن ما عدا ذلك قد يسمع هنا مع التمييز جزءآ الصياح واما فى الكروب فان الصياح يبدل بالكلية بلغط نفخى يتبع كل ترجيع ثم ان هذا اللغط الشهيقى منتظم جدا وينتج ويحفظ بالاسباب التى تصير التنفس شهيقيا ويدل غالبا على تكدر عظيم فى التأثر العصبى فى اعضاء الصوت قال بليار وقد شاهدته فى اعلى درجة فى طفل عمره اربعة اشهر ومات بعد ان ظهرت فيه اعراض مشابهة لاعراض الكروب ووجد فى رمته من التغيرات كتلة كبيرة كالبندقة من اجسام درنية مستطيلة وكانت موضوعة فى الحجاب القاسم الخلفى وضاغطة

بقوة على القصبة الرئوية فى منشأ الشعب ونقص من ذلك قطر هذه القصبة نحو النصف بسبب ما كابدته من التفرطح بحيث ان الهواء كان لا ينفذ منها الابغاية المشقة

وقد نتج مما تقدم نتيجة كلية وهى انه لا ينبغى اهمال النظر فى علامات امراض الاطفال الرضع فان تغيرات الصياح الحقيقى تدل غالبا على آفة فى الرئتين او الشعب واما تغيرات الترجيع فتكون غالبا علامة على آفة فى الحنجرة والقصبة الرئوية فاذا اكدت التجربة هذه القاعدة التى قد يكون لها استثناء كان هذا التمييز الذى ذكرته لجزئى الصياح صحيحا لانه قد ينفع فى العمل واما الاصناف المختلفة التى ذكرناها للصياح المولودين فالظاهر انه بادنى تعقل يمكن تضاعفها والزيادة عليها باختراع اسماء جديدة اخر لاصناف اخر غير اننا نظن ان جميع التنوعات الممكنة يسهل رجوعها الى ماذكرناه واذا وصلنا الى دراسة امراض الصوت على الخصوص ننزل عليها كل نوع من تلك الاصناف وتلك التغيرات للصياح المذكورة هنا بكيفية عامة

الفصل الثانى
فى هيئة السحنة

ينبغى ان تذكر هيئة السحنة بعد الصياح فهى من الوسائط الرئيسة التى تظهر فى الطفل من الاحساسات التى يكابدها وسحنة المولود لا يظهر منها فى اعين العامة هيئة واضحة الصفات مع اننا اذا بنينا حكمنا على مقتضى التأثر الذى ينطبع فينا من مشاهدة ذلك نرى انها تدل على شئ لطيف مقبول نعم يقال ان سحنة هؤلاء الاطفال الصغار تكون كغيرها من جميع الاشياء التى تقرع حواسنا فنحكم فيها باحكام تختلف باختلاف الميل المخصوص لعقولنا ومماله تأثير عظيم فى تعقلاتنا وحكوماتنا التخيلات الاتفاقية التى تنطبع فينا من الجمال والقبح فينبغى للطبيب ان لا يوقف نفسه عند هذا الاحساس الاول لانه ناشئ عن مجرد بحث بسيط بل يحرص على انه متى رأى فى ادنى حركة الخطاطيط وجه الطفل هيئة احتياج او هيئة الم لزمه

ان يبحث عن جميع التغيرات التى تعرض له وقد اخترع هذه العلامات التى
تؤخذ من السحنة الطبيب الماهر يدلوت زيادة فى اتساع مبحث العلامات
فى الاطفال وجعلها واسطة جديدة للبحث فيهم ولا يصح ان يقال ان هذا
البيان لم يحصل منه نفع فى العلم لانه اتضح به بعض شئ من تشخيص امراض
الاطفال التى هى عسرة يخفية دائما نعم ما ذكره هذا الطبيب هو
ما نقله عنه بعض تلامذته حيث قال ان فى مدة الاشهر الاول من الحياة
لا يكون وجه الطفل الا كتلة عديمة الشكل لا يميز فيها تخطيط ثابت ومع ذلك
فالامراض الحادة تطبع فيها بعض تنوعات محسوسة وتلك التغيرات تكون
اوضح فى الامراض المزمنة انتهى كلامه ثم زاد من نقل عنه ذلك بانه لا يمكن
ان تؤخذ بعض منافع من العلامات السحنية الا من مدة التسنين الاولى الى
البلوغ انتهى والطبيب يدلوت المذكور لم يبين بيانه الجديد على دراسة
امراض الاطفال الرضع فيكون الموضوع هنا انما هو خلل يحتاج لسده
ومن حيث اننا لا نرى ان وجه المولود لا يوجد فيه تخطيط ثابت ينبغى ان نجتهد
فى ان نبين التغيرات التى تعرض فيه والدلالات التى تؤخذ منها فنقول

وجه الطفل فى حالة سكونه وصحته لا يوجد فيه غضون والنتوات العظمية
تكون غير ظاهرة والخدان يكونان بارزين مستديرين فالسحنة حينئذ
لا يؤخذ منها شئ لكن متى عرض للطفل الم او لذة حصلت فى سحنته تغيرات
عظيمة الاعتبار فالالم هو الاحساس الوحيد الذى قد يجده الطفل اولا فى الشهر
الاول والراحة التى يجد نفسه فيها عند الممارسة المنتظمة لوظائفه هى غيبوبة
ذلك الالم لا حصول اللذة كما ندرك نحن ذلك ونحس به وقد عرفنا ان الطفل مدة
صياحه يحصل له بعض غضون فى اصل الانف والزاوية الوحشية للعينين
وينفتح فمه نصف انفتاح واغلب عضلات وجهه تكون فى حالة تعاقب انقباض
وانبساط وذلك هو الذى يشاهد فيه عند ولادته والهيئة المخصوصة السحنية
التى ذكرناها سابقا انها تحصل من الحركات العنيفة التى يستدعيها التنفس العسر
للطفل هى بالنظر لنا اول دلالة ينبغى التمسك بها مع غاية الانتباه لان بها نتوصل

الى ماهو ابعد عن ذلك فنلا نقطع الآن النظر عن الصياح الذى يصحب فى العادة حركة السحنة ونشبه هذه الغضون المختلفة للوجه بالغضون التى تشاهد فى البالغ المصاب بآلام شديدة فيشاهد ان الشفة العليا تتكرمش وترتفع بعض ارتفاع وترتسم غضون عمودية وافقية على اصل الانف اوتمتد للجبهة وتقرب الاجفان لبعضها وتظهر ايضا غضون كثيرة فى الزاوية الوحشية للعين اوترتسم باستدارة فى الجلد على اتجاه العضلة الجفنية فهذه هى التخاطيط التى يحيل الرسامون على وضعها اذا ارادوا ان يصوروا حالة التألم فى الوجه وهى التى نشاهدها فى الطفل الذى يصيح وهى ايضا التخاطيط التى تدل على الوجه المتألم فى المولودين واذا ضم لذلك الاحوال التى يوضح بها الطبيب حكومته تيسر لنا معرفة التألم حتى فى الاطفال الصغار جدا قال المؤلف وقد تيسر لى تحقيق ماقلته بالبحث فى الاطفال الذين يصيحون بسبب وخز حصل لهم او بسبب لدع حرارة ماشربوه من المشروبات التى فيها بعض سخونة تؤلمهم

ويسهل ان يوضح كيف يكون الواصف لهيئة الالم هو الانقباضات العضلية التى يتسبب عن مثلها تواتر التنفس وتعبه وذلك لان الاحساسات المؤلمة تؤثر دائما تأثيرا اشتراكيا على اعضاء الدورة والتنفس فحينئذ جميع الدائرة العصبية التى شرحها بيل يحصل فيها بواسطة التشعع تنبه فجائى ينتج منه مجموع الانقباضات الصدرية والوجهية المشاهدة فى الاطفال عند صياح الالم واما اللذة الزائدة كالفرح مثلا فتؤثر ايضا فى اعضاء الدورة الا انها تمنع حركتها بدل ان تحرضها ومن المعلوم ان افراط الفرح ينتج الغشى اكثر من انتاج الالم له ومن المعلوم ايضا ان صبر الانسان فى عملية ثقيلة لا يفنى عادة مادام افراط الالم ولا يسقط المريض فى الغشى عادة الا اذا لم يحس بالحد القاطع للآلة فالصياح والشهيق والاختناق التى تعرض للاشخاص المصابين بالحزن تدل ايضا على وجود ارتباط بين الاحساس بالالم والاضطراب التشنجى لعضلات الصدر والوجه فاذن اتضح لك كيف تكون انقباضات الوجه مدة الصياح

مثل الانقباضات التى يقوم منها الالم

وبهذا المهم الاول الذى ذكرناه يمكن ان نجعل موضوع الشبه هو الوجه المتالم المذكور ونعتبر تنوع السحنة التى لها نسبة بتلك الهيئة علامة للالم ففى الالم الاصم المسبب عن مرض مزمن او الحاصل فى حالة الضعف العام او التعب او عسر الهضم تشاهد فى الطفل الذى فى المهد التخاطيط المذكورة واضحة بكثرة او بقلة بحيث قد تكاد احيانا ان لا تشاهد فتعطى لوجه الطفل منظرا مخصوصا لا يخفى على المشاهد الممعن نظره ويستشعر به بالحس اكثر من ان يشرح بالعبارة قال بليار واذا اردت التعبير عنه بطريق المجاز قلت انه كهيئة سحاب يستر وجه الطفل ويظلمه وقد تكون هذه التخاطيط زائدة الوضوح فى بعض الاحوال فترتسم بحيث لا يمكن انكارها ويشاهد ظهورها غالبا عند قيام الطفل من النوم فتكون سحنته كسحنة المتألم وتبقى تلك الهيئة كذلك بعض دقائق قبل ان يصيح ولا تزال ايضا باقية مع الصياح بل وبعده يسيرا اما فى الآلام المستدامة من الآفات البطنية المزمنة فتبقى تلك التخاطيط دائمة وان كانت تختلف فى الادراك والتنوع واذا اضيف الى ذلك هبوط الطفل وضعفه بحيث صار منتقع اللون ذابلا حصلت الصورة الاصلية للوجه المتألم اى السحنة المتألمة وحينئذ فيصح ان يقال ان الوجه هو الحامل لخاتم التألم اى الدال عليه ومثل ذلك يشاهد فى حالة الاستسقاء المخى الحاد والالتهاب الخالص او الغشائى فى الطرق الهوائية فقد عرفنا حينئذ هيئة الالم فى الاطفال وذلك اول قدم وضع فى دراسة تشخيص امراضهم وسيأتى لنا فى دراسة هذه الامراض على الخصوص كيفية تنوع تلك الهيئة من تأثير تغيرات الاعضاء وتنزل عليها حسب الامكان البيان التعليمى للطبيب بدلوت

وقد يظهر من وجه الطفل الراحة والفرح ومن النادر مشاهدة تبسمه قبل ثلاثة اسابيع وقد شاهدت كثيرا منهم فى هذا السن ابتدأ فيه اول التبسم بواسطة الملاعبة لاجل ذلك واما الضحك الحقيقى فلا يبتدأ مع الطفل غالبا الا بعد شهر

تقريبا

تقريبا والهيئة الذى يتخذها وجهه حينئذ معروفة جيد الا حاجة لشرحها وجميع الفسيولوجيين تكلموا على الانفتاح الكلى لتخاطيط الوجه حيث تكون هى هيئة السرور والفرح وفرقوا بين هذه الحالة والانقباض الكلى لهذه التخاطيط فى الالم فقد قال كبانيس ان الحيوان فى الالم ينقبض على نفسه بحيث يقلل سطح جسمه حسبما امكن واما فى اللذة فيظهر كانه يبسط بدنه من جميع جهاته ليقبل هذه اللذة فى اجزآء واسعة من جسمه

وكلما تقدم الطفل فى السن اخذت هيئة الفرح فيه فى الظهور ولا تكون فى الابتداء الا مجرد حركة قليلة فى الشفتين تزيد فيما بعد ثم يصحبها قهقهة فى الصوت متكررة ومعرفة هذه الهيئة للسحنة قليلة النفع لنا ويقل احتياجنا لدراسة تنوعاتها لان مطلوبنا مقصور على التفتيش على العلامات الظاهرة التى يمكن ان نكشف بها ينبوع وطبيعة الامراض التى يصاب بها شخص فى سن يعسر معرفتها فيه وتوضيح تألممنها

ونقول بالاختصار ان سحنة الطفل قد يتضح منها اولا الالم فيوجد فيها الانقباضات المختلفة الوضوح المماثلة للانقباضات التى تصاحب الصياح وثانيا الراحة فلا يظهر حينئذ شئ من الانقباضات وانما يظهر ان التخاطيط تمتد وتنفتح وتتسع وقد يوجد فى سحنة الاطفال غير ذلك فتشاهد هيئة مخصوصة على حسب كون المصاب هى الاعضاء المخية او الصدرية او البطنية وهذا امر يحتاج فى اثباته الى مشاهدات كثيرة ولذلك لا نبين ما يؤخذ من هيئة السحنة فى هذه الامراض المختلفة الا عند دراستها وكما نبحث هنا عن انقباض تخاطيط الوجه نبحث ايضا عن تنوعات اللون لانه لا ينبغى اهمالها ايضا فى دراسة امراض الاطفال

الباب السابع
فى حالة نبض الاطفال

قال المؤلف اتفق المؤلفون على ان نبض الاطفال اسرع من نبض البالغين والظاهر ان هذا صحيح بالنسبة للغالب فلا يصح اخذ هذه القضية مسلمة على

وجه الاطلاق لان لها استثناء فانى كثيرا ماتعجبت من بطئ نبض بعض الاطفال بحيث كان كنبض بعض الشيوخ الذين تغيرت فيهم حركة الجهاز الدورى اوابطأت بسبب حدوث بعض آفات عضوية فيهم

ولما كان من المهم تحصيل قواعد ثابتة فى حالة نبض الاطفال لكون هذه العلامة تنفعنا لتشخيص امراضهم بذلت غاية الاجتهاد فى البحث عن ذلك سابقا واستدعى الحال ان اذكرهنا نتائج ذلك ولنذكر قبل ذلك انه يعسر جدا ان تعد بالضبط ضربات النبض فى المولودين جديدا لان الاندفاعات تتسلسل احيانا وتتواتر مع سرعة عظيمة بحيث لاتعد واحدة الا وقد وجد منها اثنان ونقول من جهة اخرى كثيرا مايتفق ان تخفى بعض الضربات بحيث لاتدرك تحت الاصبع وتفر من انتباه المشاهد وليس بنادران يحس باهتزاز الشريان مرتين تحت الاصبع كما يحصل ذلك فى النبض المزدوج للبالغين اى حيث لايحس بانقباض بين الانبساطين فيمكن ان يعد المشاهد دفعتين بدفعة واحدة واذا انضم لذلك عسر وجدان الشريان فى ذراع سمين مشحم من برب وزيادة التعسر فى مسك قبضة اليد ثابتة مدة طويلة علم تعسر عد نبضات الطفل ولو مع غاية الانتباه وهاهى مايلزم للوصول لذلك

وذلك انه ينبغى حسب الامكان التحرز من مسك يد الطفل بيد واحدة وتثبيتها لانه يفعل حينئذ حركات مستدامة ليتخلص من الاصابع الضاغطة عليه وانما الاحسن ان تترك اذرعته خالصة وتوضع مع اللطف بطن انملة السبابة على مسير الشريان الكعبرى وانما يوصل لذلك بعد بعض لمسات فاذا كان الضغط عليه عنيفا جاز ان ينسطح فلا تدرك دفعاته ثم اذا استشعر ببعض ضربات خفف ضغط الاصبع تدريجا ليتأتى للشريان التمدد مع غاية الاطلاق فوضع السبابة فقط فى الاطفال اسهل لوجدان الشريان من وضع الاصابع الثلاثة المأمور بها لجس نبض الكبار اوالبالغين ويصح ايضا وضع الاصبع على الشريان الصدغى فاذا كانت ضربات الشريان سريعة جدا اوخفية اوعسرة الضبط صح ان تعد حركات القلب بواسطة المسماع اواليد وذلك هومايضطر اليه كثيرا

وهذه

وهذه الوصايا المذكورة للبحث عن نبض المولودين يظهر انها نافعة لبعض الاشخاص الان الاستشعار بالاهتمام بها يكون اعظم للاطباء الذين يعرفون قدر التعسر الذى يكابدونه فى اجتناء العلامات المأخوذة من نبض هؤلاء الاطفال الصغار وما وصلنا للقواعد الآتية الا بمساعدة هذه الاحترasات

قال بليار فى احد واربعين طفلا عمرهم من يوم الى عشرة ايام وكانوا بحسب الظاهر متمتعين بصحة جيدة قد وجدت النبض فى ثمانية عشر منهم يضرب اقل من ثمانين ضربة فى الدقيقة ووجدته فى اثنين يضرب ستا وثمانين وفى واحد تسعا وثمانين وفى اربع منهم مائة وفى عشرة من مائة وعشرة الى مائة وخمس وعشرين وفى واحد مائة وثلاثين وفى اثنين مائة وخمسا واربعين وفى اثنين مائة وخمسين وفى واحد مائة وثمانين فيؤخذ من ذلك ان كثيرا من الاطفال يكون عدد ضربات النبض فيهم تقريبا كما يكون فى الكبار البالغين ومنهم من تجاوز نبضاته فى العدد غيره من المتقدمين فى السن مع كونى اجزم بان هؤلاء الاطفال لم يكن فيهم علامة من علامات الامراض اصلا

وفى خمسة وثلاثين طفلا عمرهم من يوم الى شهرين وجدت منهم اربعة عشر نبضهم من ثمانين الى خمس وثمانين ضربة وواحدا من ستين الى اثنين وستين واثنين منهم تسعين واثنين آخرين اربعا وتسعين الى خمس وتسعين وخمسة من مائة وعشر الى مائة وثنتى عشرة واثنين مائة واربع عشرة وسبعة مائة وخمسا وعشرين الى مائة وثلاثين وثلاثة مائة واربعين ومائة وسبعا واربعين الى مائة وخمسين فترى هنا ايضا بعضا من الاطفال يشبه نبضهم فى العدد نبض البالغين بخلاف ما نستنتجه من البحث الآتى وذلك ان فى ثمانية عشر طفلا عمرهم من شهرين الى ثلاثة شاهدت اربعة عشر يضرب نبضهم اكثر من تسعين بل منهم اثنان يجاوزان المائة وشاهدت فى اثنين سبعين فقط وفى الاثنين الباقيين من سبعين الى ثمانين وقد اتفق انه لم يتيسر لى عد النبضات فى بعض من الاطفال الذين عمرهم اكثر من سنة فدائما اجد نبضهم اكثر تواترا من نبض البالغين

فعلى حسب ما تقدم يظهر انه كثيرا ما يتفق ان نبض الطفل المولود لا يكون اكثر من نبض البالغ الا انه يكتسب تواترا كلما تقدم الطفل فى السن فنتج من ذلك ان من الغلط ان يقال بوجه عام مطرد ان نبض الاطفال اكثر تواترا من نبض البالغين لما علمت ان ذلك قد يتخلف

ولنبض الاطفال صفة اخرى غير التواتر فانه كثيرا ما يرى غير منتظم وكانه ارتعاشى ولا شك ان ذلك ناشئ من التغيرات الفجائية التى تحصل فى الجهاز الدورى زمن الولادة ومن الانخرام اى عدم الانتظام فى الافعال التى تمارسها الاعضاء فى ابتداء مباشرة وظائفها وكثيرا ما يكون صغيرا خيطيا يسهل انخفاضه وقد شاهدت انه ليس دائما موافقا بالكلية لضربات القلب او اقله ان ذلك اى عدم موافقته لها ممكن اذا وضعت يدا على القلب والاخرى على شريان الذراع فيحس احيانا بان حركات القلب ليس لها طنين فى الشريان الكعبرى اولا تسمع الا بيطئ وربما كان ذلك ناشئا من سهولة انخفاض الشريان بضغط الاصبع عليه اومنع ملامسته له

وعند ما نشرح الامراض على الخصوص نذكر التنوعات التى يكابدها نبض الاطفال لكن على حسب ما سبق لك ينبغى ان لا يذهب من ذهنك مقدار التعسر فى ضبط هذه التنوعات حتى تستخرج منها بعض نتائج نافعة لمعرفة العلامات ومن السعد ان الاطباء الآن قل اهتمامهم بالتقاسيم الفرضية التى ظن الطبيب بوردو لزومها فى دراسة النبض وانما يوجهون انتباههم نحو الاعراض والعلامات المخصوصة بكشف مجلس وطبيعة التغيرات التى تتولد فى اعضائنا ويخشى منها على حياتنا

الباب الثامن
فى ضعف المولود

قد يولد الطفل فى حالة متوسطة بين الصحة والمرض وسموا تلك الحالة بضعف المولود وهذه التسمية مستعملة كثيرا مع انها مبهمة وليس دائما هذا الضعف الظاهرى نتيجة نمو غير تام للجنين كما يشاهد ذلك فى بعض المسنوطين وانما

قد يكون من تغير يختلف عمقه فى عضو رئيس للحياة ويحصل ذلك التغير للطفل مدة اقامته فى الرحم وسنبين لك فى مسير هذا الكتاب حقية هذا الزعم ونجتهد فى ان نعين هنا المعنى المراد بقولهم ضعف المولود

فاذا لم نعتبر الا الحالة الظاهرة للطفل اعتبرنا ان الضعيف من الاطفال هو من يولد دقيق الاطراف والجذع عسر التنفس يكاد صياحه ان لا يسمع ولا يستقر فى جوفه المشروبات او اللبن الذى يتعاطاه وكأنه فى حالة استعداد للموت لكن اذا نظرنا لينبوع هذه الحالة العامة التى فى الجسم نرى ان اسبابها مختلفة جدا فيمكن ان تنسب لآفات مختلفة الاجناس قال بليار ولا حاجة لان نذكر لك هنا بالتفصيل شرح جميع الاحوال التى وجدنا فيها آفات يختلف تدلها مع مثل هؤلاء الاطفال الذين كانوا بالصفة التى ذكرناها وانما نقول بالاختصار قد اودعنا شرح كل من هذه الامراض الخلقية لنذكره فى المحل المناسب له من هذا الكتاب وانما نذكر هنا انه ينبغى ان يميز ضعف المولود عن الاحتقانات الرئوية او المخية التى تحصل غالبا فى الاطفال من اعمال الولادة لان هذه العوارض اذ ذاك تقرب لان تكون حديثة ويمكن ان يوجد فى الطفل المصاب بها غير السبات والغشى جميع صفات القوة والصحة وعكس ذلك فى الاطفال الضعيفة النحيفة الذين اطرافهم هزيلة ووجوههم مخططة بغضون واعينهم غائرة فى الحجاج ومنظرهم العام مفزع مقرف احيانا للناس الذين يسرعون التهور بل فيما يرونه خارجا عن الهيئة الاعتيادية لتولدات الطبيعة بحيث ظنوا انهم شاهدوا اطفالا ولدوا مرضوضة عظامهم او مسلوخة جلودهم

وقد وجدت فى ثمانية عشر طفلا ولدوا بعد تمام الاشهر فى حالة ضعف ونحول واضح التهابا شديدا جدا فى الجهاز المعدى المعوى وفى ستة التهابا رئويا جيد المعرفة وفى اثنين التهابا رئويا عرف بالالتصاقات القديمة المتينة وبانصباب سائل مصفر فى البطن وفى واحد التهابا بلورايا مزمنا وسنذكر هذه الامور الواقعية فى المواضع التى تستدعيها

ومع ذلك لا ينبغى ان يظن ان جميع الاطفال الذين يولدون مع تغيرات عميقة فى بعض اعضائهم يوجد فيهم النحول والضعف العام الذى ذكرناه لانه سيأتى لنا قريبا العكس ولنقدم لك انه كثيرا ما يوجد فساد عميق فى الجهاز المخى الفقرى ومع ذلك لم تتغير هيئة الطفل ولا نضارته بل الآثار الاعتيادية للصحة والنمو الطبيعى متوفرة فيه وقد تولد ايضا اطفال يحكم بشدة قوتهم بالنظر لسمنهم وحسن تكون اطرافهم ومع ذلك يموتون بعد ولادتهم ببعض ساعات اوبعض ايام واذا فتحت جثتهم يوجد فيها احتقان دموى فى الاعضاء الرئيسة كالمخ والرئة والقناة المعوية مع انصباب دم تختلف كثرته فى باطن التجاويف المحتوية على هذه الاعضاء

ونقول من جهة اخرى جميع الاطفال الذين يولدون ضعافا مهزولين قد لا يكونون مصابين بآفات ثقيلة بل قد لا توجد فيهم ادنى آفة اصلا وشاهد ذلك مشاهدة للمؤلف وهى ان طفلا انثى حمل بعد ولادته حالا الى بيت الاطفال الملتقطين فكان طوله ثلاثة عشر قيراطا ونصف قيراط وكانت اطرافه السفلى دقيقة صغيرة جدا ووجهه مكرشا محمرا وجلده متلون بالحمرة وحركاته قليلة الوضوح وصياحه وان كان تاما الا انه يعسر سماعه وحرارة جلده طبيعية وشرب هذا الطفل بدون ان يتقيأ ما شربه الا انه رفض اخذ حلمة الثدى ثم فى المساء خرج منه مقدار كبير من العقى وبقى فى الايام التالية على الحالة التى ذكرناها ثم مات بعد ان تم له خمسة ايام ولم يكن فيه شئ من العلامات سوى الضعف الزائد ولما فتحت جثته بعد اربع وعشرين ساعة وجد الفم سليما والمرئ محتقنا كبقية الجزء الاسفل عن الحجاب الحاجز من القناة الهضمية التى كان باطنها مغشى بمادة مخاطية سميكة ووجدت الكبد هابطة على نفسها قليلة التغير والفساد والرئتان مقرقعتين ماعدا حافتهما الخلفية فانها كانت محتقنة ووجد كل من القناة الشريانية وثقب بوتال مفتوحا فتحة واسعة ولب المخ مسترخيا قليلا ومصفرا وبطناه الجانبيان محتويين على بعض مصل محمر والمنسوج الخلوى تحت جلد الاطراف مرتشحا بمصل اصفر صاف

فمن

فمن الواضح ان موت هذا الطفل كان مسبباً عن حالة الضعف العام التي ولد فيها وان احتقان القناة المعوية وانصباب المصل في بطون المخ وترشح الاطراف كل ذلك على رأيي ناشئ من حالة الضعف والخمود في الاعضاء الرئيسة وسيما في اعلات الدورة وسيأتي لنا ايضاح امر واقعي مشابه لذلك غير انه ينبغي الاتفاق على ندرة وجود هذه الحالة بدون آفة وبدون سبب مرضي آخر غير الضعف العام في المولود وقد تشاهد اطفال يسقطون بعد الولادة في حالة نحول وذبول وسقوط فتكون اعينهم خامدة غير لامعة وتصير اطرافهم باردة وشفاههم منتقعة ووجوههم ذابلة ويمتلئ فمهم بمادة مخاطية ولا يكون عندهم قوة لالتقام الثدي واحياناً يحصل لهم قيء من مادة مخضرة وسمي غرديان تلك الحالة بضعف المولودين وسيأتي لنا ان سبب هذا الهبوط التدريجي في الغالب الالتهابات المزمنة في الجهاز الهضمي ويكون من الخطأ استعمال المنبهات والمقويات التي امر بها غرديان في مثل تلك الحالة لتحيي بها قوة الطفل وسيأتي لنا في هذا الكتاب ادلة كثيرة تثبت ما قلنا .

واستفيد من هذه التنبيهات التي ذكرناها امور الاول انه اذا ولد طفل في حالة ضعف ونحول وقلة قابلية للمعيشة لم يلزم نسبة هذه الحالة لمجرد ضعف في نمو البنية الثاني انه يمكن ان يكون سبب ذلك آفات كثيرة مختلفة الثالث انه يلزم البحث قبل ان يقوي الطفل بالمقويات والمنبهات عن السبب الحقيقي لهذه الضعف الظاهري ويسهل تعاطي هذا البحث لمن درس طبيعة اعراض امراض الاطفال الرضع وسيرها

فاذا تحقق ان هذه الحالة ناشئة من مجرد الضعف لا من حالة التهاب في بعض الاعضاء ينبغي ان يجرع الطفل اللبن بان يوضع في فمه باي طريقة كانت ومثله ايضاً بعض امراق خفيفة جداً وجرعات خفيفة مقوية عطرية وبعضهم ذكر انه رأى النفع كثيراً في ذلك السلسلة الطهرية والخلية بمروخ روزان وسيأتي في الدستور فاذا كان هنالك اسهال اعطي شراباً مبهماً لا مؤلفاً من الشكوريا اومن زهر الجوخ بكمية من نصف اوقية الى اوقية في اوقيتين من منقوع ورق

البرتقان ويستعمل منه ملعقة ملعقة من الملاعق الصغيرة والى هذا انتهى الجزء الاول من الكتاب الاول

الجزء الثانى
فى شرح الامراض على الخصوص

اعلم ان فى مدة مكابدة الجنين فى الرحم التنوعات المختلفة التى بها ينتقل من طور الى طور حتى يصل الى حد الحياة داخل الرحم يكون قابلا لتأثير نوعين من الاسباب يمكن ان يغير اشكل اعضائه وتركيبها النوع الاول منسوب لعدم كمال نمو الاحشاء والنوع الثانى يعسر توضيحه لكن تسهل معرفته بواسطة نتائجه لانه ينشأ عنه فى تركيب الاعضاء تغيرات مشابهة للتغيرات التى تحصل مدة الحياة وينتج منها امراضنا

فالنوع الاول من الاسباب اتقن دراسته جيدا فى هذه الازمنة الاخيرة مع غاية الانتباه مشاهير المشرحين ومن اعمالهم وابحاثهم نقدر الآن على توضيحات كافية وبيانات شافية لطبيعة التشوهات الخلقية وتكونها واما التغيرات الاخر فيظهر ان الاطباء لم يعنوا فيها الى الآن انتباهاتهم امعانا تاما واظن ان من المهم الاشتغال بمعرفة حقيقتها اذ من اللازم لمن اراد دراسة الاعضاء المختلفة فى الطفل ان يعرف العيوب الرئيسة للتكون وكذا تغيرات التركيب التى يكابدها كل عضو مدة الحياة داخل الرحم وذلك هو ما اردنا ذكره هنا ولنذكر ايضا باى العلامات يمكن فى زمن الولادة ان يشخص وجود تغير كذا او كذا من هذه التغيرات ثم نشرح الامراض التى قد تظهر بعد الولادة ونتم شرح هذه الامراض بذكر الوسائط العلاجية الاقوى فاعلية لمقاومتها

فنشرح على التوالى آفات الجلد اجمالا ونبقى تفصيلها للكتاب الثانى ثم المنسوج الخلوى ثم الجهاز الهضمى ثم الجهاز التنفسى والدورى ثم الجهاز المخى الشوكى ثم المجموع الانتقالى والمجموع التناسلى ونقسم كما ذكرنا التغيرات الخلقية فى الاعضاء الى نوعين عيوب التكون وتغيرات التركيب ومرادنا بعيوب التكون اولا العيوب التى تنتج من وقوف النمو كأن لا يوجد من العضو الا نشأة

ومبدأ

ومبدأ من شكله الاصلى وثانيا العيوب التى تحصل من شبه ضخامة فى العضو وثالثا العيوب التى تشاهد من مجرد تشوه يعرض فى قطر الاعضاء المختلفة من الجسم او فى اتصالها ببعضها ومرادنا بتغيرات التركيب التغيرات التى تنتج من التبدلات التى يحدثها سبب مرضى فى لون العضو وتأليفه بدون ان يتغير فى الظاهر الشكل العام له ولنبدأ اولا بدراسة امراض الغشاء الظاهر اى الجلد لانه اول ما يبدو لأعين الطبيب وفى هذا الجزء سبعة عشر بابا

الباب الاول

فى امراض الجلد والمنسوج الخلوى فى الاطفال

فى هذا الباب سبعة فصول

الفصل الاول

فى عيوب التكون والامراض الخلقية فى الجلد

الجنين لم يزل جلده الى نصف الشهر الثانى غير متميز وانما قرب هذا الزمن على رأى بعضهم تبتدأ البشرة فى الظهور ثم الى نصف الحمل يكون الجلد رقيقا عديم اللون شفافا ثم يصير ورديا الى الشهر الثامن تقريبا وفى هذا الزمن يكون منتقع اللون ماعدا اثنيانه واما مشاهدة الاجربة الدهنية فتبتدأ فى نصف الحمل اى من اربعة اشهر ونصف فتظهر اولا فى الرأس ثم فى بقية اجزاء الجسم وفى نهاية السابع يبتدأ ظهور الطلاء الدهنى او الجبنى على الجلد وعند الولادة يكون الجلد مغطى بهذا الطلاء ويكون ابيض ورديا فى الاشخاص البيض وفى هذا الفصل ثلاثة مباحث

المبحث الاول

فى غيبوبة الجلد من اصله

قد يعدم الجلد فى جزء او اكثر من اجزاء جسم المولود لكن الغالب ان يكون عدمه مع عدم الجزء المغطى هو له فمن ذلك عدم جلد البطن او الصدر او الرأس فى الاجنة الذين فقدت منهم الجدران العظمية والعضلية لهذه التجاويف

فاذا فقد جزء من الجلد صغيرا او كبير وجدت فى العادة حوافى تفرق الانصال حمراء فيها متانة يسيرة وملتصقة جدا بالاجزاء التى تحتها وبالاختصار يوجد فى هذه الحوافى المنظر الظاهر لفساد حقيق

ولفقد الجلد سببان مختلفان لان الجلد اما ان يكون وجد اولا ثم عرض له فساد اخذ فى التقدم حتى اتلفه كما يشاهد احيانا فى عديم المخ وفى الحدبة ورياح الافرسة او ان الجلد لا يوجد اصلا لكون الاجزاء التى يلزم ان يغطيها اوقف نموها وذلك هو ما يحصل عادة فى فقد الجدران الصدرية او البطنية او الجمجمية ويدرك تلف جلد الجنين مدة اقامته فى الرحم بكيفيتين وذلك لاننا كثيرا ما نرى فى المولودين اوراما فقرية بدون ان يفسد جلدها الا ان تقدم الورم لم يلبث قليلا حتى يرقق هذا الجلد المغطى له ويقرحه ثم يمزقه وما يشاهد بعد الولادة يصح ان يشاهد قبلها ايضا ولا شك ان من ذلك تقرح الجلد المغطى لورم الحدبة ورياح الافرسة فى بعض الاطفال الذين تشاهد فيهم عند الولادة رقة او فساد فى الجلد المحاذى للاورام التى معهم سواء كانت فى العجز او فى السلسلة ومن الواضح ان هذا الفساد نتيجة وجود سائل متراكم فى الورم فيمدد جلده ويهيجه ويزيد ذلك التهيج على الدوام من الاحتكاك المعرض له هذا الجزء البارز

وكيفية حصول هذا الفساد فى جلد الجنين ان هذا الجنين اذا كان مدة الحمل فى حالة تعب من حصره فى الرحم لكون هذا العضو يحتوى فى تجويفه على بعض تولدات مرضية تغير شكله وتقلل سعته جاز ان الجزء الجلدى الملامس لهذا الجزء البارز من العضو الرحمى يرق بل ويفسد تركيبه ويوجد مع الطفل عند الولادة آثار واضحة لانضغاطه المذكور ولفساد تركيب الجلد

قال المؤلف قد وجدت فى مولود سأذكر قصته فى مبحث فتق المخ فساد جلد الجمجمة فى محاذاة عظم الجدار الايسر وابدل ذلك الجلد باثرة منضغطة ملساء محمرة طولها قيراط ونصف وعرضها اربعة خطوط ووجدت ايضا فى عظم الجدار المنضغط فى هذا المحل فتحة مستطيلة طولها قيراط فقط ودائرتها مستديرة لا بانتظام وحافتها كالمقطوعة بانحراف

ونشوء

ونشوه الجمجمة وانضغاط جزء منها او الفساد التام لفروة الرأس وتلف الجدار في محاذاة هذا الانضغاط جميع ذلك يحمل على ظن انه يوجد في الرحم الذى حي فيه هذا الجنين جزء بارز كبوليبوس مثلا كان ملامسا الجزء الجمجمة الذى ذكرناه فاتلف جلده ويمكن ايضا ان يظن انه كان في الحوض تشوه اتعب نمو الرحم ومن الاسف انه لايمكن ان يحقق شكل هذا العضو في ام الجنين ولا ان يعرف هل حصل للام في مدة الحمل ضربة او سقطة على البطن وعلى كل حال هذه الظنون مؤسسة على امر فيه بعض وضوح بحيث يكون اقل ما فيها انها قريبة للعقل اذ قد صرح بقراط في كتابه في التناسل ان الام اذا اصابها مدة الحمل ضربة على بطنها حصل للطفل تشوه وآفة في المحل المحاذى لذلك من جسمه والمشاهدة السابقة تقوى رأى هذا الامام الكبير في الطب وله ايضا مقويات كثيرة منها مثال للطبيب لوزاج وهو جنين في جبهته آثار آفة نشأت من ضربة حصلت على بطن امه وهو في رحمها وشاهد شوسيير امورا مشابهة لذلك وذكر جيوفروه جنينا ولد تام الاشهر ووجد معه جرح كان حصل له في الشهر الثالث من حمله بسبب حركات عنيفة فعلتها الام في ذلك الزمن لاجل الاسقاط

وبالجملة قد تتلف سعة من جلد الطفل مدة اقامته في الرحم اما لكونه ظهر على سطح جسمه ورم الزم الجلد المغطى له بان يتمدد ثم يرق ثم يتقرح واما لكونه يوجد على الوجه الباطن للرحم جزء يختلف في المتانة والبروز ويلاقيه بقوة وعنف جزء من سطح جسم الطفل وان كان ماء الامنيوس موجودا فهذان هما السبب في اتلاف جزء من جلد الجنين قال اولفيير وهنا سبب آخر قد يحدث التهابا وتقرحا في جلد الجنين قبل ولادته وذلك ان من المعلوم ان عدم مماسة الهواء الجوى للجلد يعين في بعض الاحوال على ان تتحول صفاته الى صفات الغشاء المخاطى وذلك هو ما يشاهد في الثنيات العميقة التي يحدثها انثناء الاطراف في الاطفال السمان والانقباضات العضلية وقد ذكر الطبيب هبريار من مدة طويلة حوادث من هذا النوع لاثبات المشابهة التي توجد بين الجلد

والغشاء المخاطى ولاشك ان ماء الامنيوس يؤثر على سطح جسم الجنين
فى الرحم تأثيرا مشابها لفعل الهواء على جسم الطفل بعد الولادة اذا كان
الوضع الخاص لاطرافه ستر جزأ منه عن تأثير السائل الامنيوسى الغامر له
فالجلد اولا يلين من ذلك ويمكن ان يلتهب ويتقرح والمشاهدة الآتية عظيمة
الاعتبار فى ذلك وذلك انه حمل الى طفل مؤنث ولد منذ يومين ومعه الصنف
النادر من الداء المسمى بالقدم المقلوبة اى ان القدمين منقلبتان على الساقين
بحيث صار الوجه الظهرى لكل منهما مستندا مباشرة على الوجه المقدم
للساق وكان معه فى الجانب الايسر اعلى الكعب الوحشى فى الثنية الناتجة
من الانثناء القهرى للرجل على الساق قرحتان فى الجلد عمقهما سنجابى
وحوافيهما محمرة جدا ومدممة ومنظرهما كمنظر حرق جديد فى الدرجة الثانية
واما القدم اليمنى فيوجد فى جزئها الانسى وفى جميع سعة سطحها الظهرى
والثلث السفلى للوجه المقدم من الساق المقابل لها خشكريشة واسعة
سنجابية مصفرة محاطة بدائرة التهابية محمرة جدا مدممة اى برشح منهادم
وكانت هذه القرحة كالتى فى الساق الاخرفيما لا عظم مشابهة بحرق جديد
ولما رأى الطبيب المولد هذا التغير الغريب فى الجلد وقت خروج الطفل وضع
عليه رفائد مبتلة بماء الخطمية بدون ان يتغير من ذلك منظر هذه الجروح
ولما عرفنا ان البسط اللطيف يعيد القدمين بسهولة الى وضعهما الطبيعى غيرانه
بسبب الما شديدا اخترت لذلك وضع رباط باسط ليعارض الانثناء المخالف
للعادة ومع ذلك وضعت على سطح القروح قيروطى جولار واستديمت هذه
المعالجة مع غاية الانتباه فلم يلبث الحال قليلا حتى حصل الالتحام التام
للقرحتين وحصل فيما بعد اعتدال القدمين انتهى

فاذا ولد الطفل ومعه فقد شئ من الجلد لزم بسط ما جاوره على المحل المكشوف
مع وضع رباط قادر على حفظه فى ذلك المحل وتغطيته له ويمكن مع ذلك ان يعين
على التحام هذا الجزء المتقرح كما رأيت وبالجملة علاج ذلك يكون كعلاج
الجروح الاعتيادية التى فيها زوال جوهر هو الجلد

المبحث

المبحث الثانى

فى الزوائد الجلدية والتؤلؤلية ونحوها كالشعر وغيره

قد يحصل فى الجلد تشوه بالزيادة وتحصل هذه الزوائد الخلقية غالبا بل دائما من ثنية اوامتداد فى جلد بعض اجزاء الجسم وتشاهد فى الوجه اوالجذع اوالاطراف لكن وجودها بالاكثر يكون على الوجه اواليدين او القدمين وتكون احيانا طويلة بحيث تسبب تشوها حقيقيا ويصحبها غالبا كما قال مكيل عدم نمو الجلد فى محل اخر قال بليار قد شاهدت مولودا مؤنثا معه فى كل خد زائدة جلدية طولها نصف قيراط تقريبا وغلظها كريشة غراب وكان معه ايضا ثنيتان آخريان امام الاذنين وغلظهما كذلك الا انهما اقل بروزا وصدفة الاذن اليسرى تكاد ان لاتكون موجودة وكان هنالك انسداد تام لفتحتها وبالاختصار كان هذا الطفل جيد التكون ومتمتعا بصحة جيدة الاان اقاربه اخذوه بعد بعض ايام بحيث لم يمكث عندنا يبيت الملتقطين الايسيرا

واظن ان المناسب ازالة هذه الزوائد الجلدية فى الايام الاول من الولادة لان الالتحام الذى ينتج من قطعها يكون اقل ظهورا بل يمحى ببطئ مع طول الزمن ويظهر ان واسطة ازالتها هو الرباط الذى يوضع مباشرة على محل اندغامها ولا ينبغى ان تشتبه هذه الزوائد بالاورام الناشئة من نمو الفطر الدموى الذى سنتكلم عليه فيما يأتى

وذكر اولفيير نوعا آخر لم يتكلم عليه بليار ويظهر انه نادر وهو الزوائد التؤلؤلية وكانوا يعتبرون سابقا اغلب الآفات الجلدية الخلقية زهرية اى ناشئة من الداء المبارك وان لم تكن فى الحقيقة ناشئة منه مع ان جميعها انما هو نظير مايشاهد بعد الولادة بكثرة ولا اعرف الى الآن حادثا من تلك الزوائد التؤلؤلية التى تستولى على جزء عظيم من سطح جسم الجنين الا هذا المثال وذلك انى سنة ١٨٣٥ عيسوية كلفت من وكيل الملك بفتح جثة طفل استخرج من البطن فى اليوم السابق وكان المراد معرفة سبب موته فكان على حسب درجة تعفن الجسم يظن ان انتقاعه فى الماء كان من مدة ثلاثة اسابيع

تقريبا ونمو هذا الجنين كان كنمو جنين تام الاشهر ولاحاجة لان اذكر لك
مافى هذا الجنين مما هو خارج عن الموضوع الذى نحن بصدده وانما نقول
انه وجد على جميع الجزء المقدم اصدره وعلى البطن وسيما جزؤه العلوى عدد كثير
من التآليل لونها ابيض سنجابى وكثير منها فى حجم العدسة وكان لها
عنيق يختلف ظهوره والغليظ منها مشقوق فى اعظم سمك فيها فاذا ازيلت
عنها البشرة التى فصلها التعفن عن الجلد شوهد ان هذه الزوائد نافذة منها
لان البشرة مغطية لها وثبت بالتشريح ان كلا منها يأخذ اصله من سمك الادمة
الى المنسوج الخلوى الذى تحتها وكما وجدت هذه الزوائد على مقدم الصدر
والبطن وجدت منها ايضا على المنكبين وعلى العضدين الى المرفقين وسيما من
الجهة الوحشية والخلف قليلا وعلى الفخذين والاليتين كذلك من الوحشية
والخلف فقط فكانت هذه الاقسام كلها مغطاة من اليمين واليسار فى السعة
المذكورة بعدد كثير من تآليل صغيرة بحيث صار منظر الاعضاء من سطح
الجلد محببا ومنها ما كان مصفر اللون بحيث يظن من مسافة تما ان الجلد كله ملون
بهذا اللون وبقية اعضاء هذا الجنين كانت فى حالة سلامة

وهذه الآفة المذكورة وان قربت بصفاتها التشريحية من الآفة التى تشاهد
كثيرا فى اعمار مختلفة للحياة الا ان المحقق مخالفتها لها جدا بالنظر لنموها
لان التآليل التى توجد كثيرا على سطح الجلد لا توجد فى العادة الا على بعض محال
منعزلة عنه ولا تغطى كما هنا جزأ عظيما من الجسم شاغلا قسما واحدا فى كل من
الاطراف الاربعة على سبيل التساوى من الجانبين واما الامر الواقعى الفريد
الذى شوهد فى البالغين وله شبه بهذه المشاهدة فذكره بكلان سنة ١٦٤١
لانه شاهد جراحا معه على جميع سطح جسمه زوائد ثؤلولية كثيرة وقد شاهدت
مثل هذه الظاهرة فى مريض عمره اربعون سنة ومات بالتهاب مزمن فى العضلة
ابسواس فكان فى جميع الجزء المقدم للصدر والبطن الى محاذاة السرة عدد كثير
من تآليل صغيرة بعضها عريض القاعدة وبعضها ذو عنيق واخبرنى هذا
المريض ان ذلك فيه من زمن طفوليته بل يظن انها موجودة فيه

من

من وقت ولادته

وهذه المشاهدة تردعلى من قال ان التاآليل لاتكون خلقية ونحن نقول انها قد تكون خلقية ويقوينا الحادث السابق الا ان يكون هذا القائل تمسك ببعض امثلة من نوع مانسبناه للآفات الزهرية الخلقية لكن اقل مايكون ان الالتباس هنا غير ممكن اذلا مشابهة بين هذه التاآليل والانواع المختلفة من الداء المبارك واما حالة الام فيظهر لنا انه ليس فيها مايفيد توضيحا لعلامة هذا الدآء الغريب

وقد ذكر المؤلفون زوآئد قرنية تتكون على الجلد وشوهدت هذه الزوآئد فى الكبار البالغين والعجائز مرات كثيرة بحيث لايشك فى وجودها فيهم من زمن الولادة لكن الظاهر انها نادرة جدا فى الاطفال وسيما فى المولودين ويكفى ان نذكر هنا ان هذا التغير الجلدى جائز فى المولودين ويلزم فى جميع الاحوال المبادرة بقطع هذه التولدات المرضية مع الاحتراس من ان يؤخذ مع ذلك جزء الجلد المندغمة عليه

وقد شوهدت ايضا اطفال مغطاة اجسامهم بزغب ووبر والعامة تعتبر المولود حينئذ بانه دب او تيس او ذئب اونحو ذلك وقد ولد عندنا بمدرسة الولادة طفل مغطى معظم جسمه بلطخ وحمية واسعة بنفسجية نابت عليها زغب وشعر كثير وكان منه مايبلغ طوله نصف قيراط ولاسيما على الظهر والالية والفخذين حيث تكون اللطخ كبيرة بحيث كادت تعم تلك الاعضاء ومرتفعة عن الجلد ولذلك كان منها على الذكر لطخة كادت ان تعمه بحيث بلغ هذا العضو منها حجما عظيما كانه ذكر بالغ ومثل ذلك ايضا الصفن وكانت لطخ الوجه ايضا كبيرة تكادان تعمه وكان الشعر فى تلك الاجزآء كبيرا وبالجملة كان هذا الطفل اعجوبة من عجائب المخلوقات بالنظر لتلك الوحمات والشعر النابت عليها ولاسيما ان الاجزآء السليمة من ذلك من جلده كانت قليلة وفى غاية البياض وكان الطفل جميل الصورة والخلقة لولا هذه الاجسام المشوهة النابتة عليه ولم يعش الا جملة اشهر ولما مات حفظت عندنا جثته بالمدرسة الطبية فى سائل

ويصيحون بعسر فيها لكون بالاسفكسيا اى الاختناق او بالسكتة وهناك اطفال اخر يولدون ضعافا بالنظر للهيئة الظاهرة غير انهم قابلون للمعيشة اكثر من الاطفال الاول بالنظر لقوة صياحهم فيكابدون التغيرات التى تحصل لهم دفعة من مرورهم الى الحياة خارج الرحم لكن بدون خطر يخشى عليهم من ذلك

وهناك اسباب اخر لصياح الطفل غير ما يلزم ان يكابده من الاضطراب بسبب احساساته الجديدة الغير المعتاد عليها فقد يكون محرضا من التعب او من احتياجه للاغذية او من الالم فمن المهم حينئذ تمييز هذه الاسباب عن بعضها لتبعد او تلطف

فالتعب العام الذى يكابده من قماطه ولفائفه الملتف فيها قد يكون سببا للصياح وقد كانوا سابقا يقمطون الطفل بحيث لا يتحرك شئ من جسمه وقد تركت هذه العادة ولله الحمد وان كان يوجد عند بعض الاطفال الملتقطين بباريس من هو بتلك الهيئة لانها لم تزل مستعملة مع بعض القبائل الذين لم يتقدموا فى المعارف وبالجملة هى من اقبح العوائد واضرها بالطفل وانما اللازم تخفيف قماطه ولفه ليسهل تنفسه واطلاق اطرافه ليسهل عليه تحريكها وان يكون فراشه الذى ينام عليه لينا اذ الفراش اليابس تتأذى منه البالغون فكيف بهؤلاء الاطفال ذوى الابدان الرخوة فاذا كان قماطه شديدا بحيث انضغطت منه اعضاؤه وترك كذلك مدة طويلة مع احتياجه للنوم الذى هو اقوى الاحساسات التى يجدها حينئذ بعد الولادة شوهد بحسب الظاهر سكونه وهدوءه غير ان هذا السكون وقتى برهى لانه بمجرد استغراقه فى اول نوم يصيبه يستفزه التعب الذى يجده من القماط الشديد فيبتدأ فى الصياح ويشاهد فى بيوت الولادة انه متى تحرك طفل وصاح قلدته جميع الاطفال الموجودين هناك فيسمع الصياح من جميع جهات الاوضة المحتوية عليهم فباستيقاظهم بصياح الاول يحصل لهم مثله التعب او الالم الذى كان النوم مسكناله وقتاما

ويعرف ان صياح الطفل ناشئ من التعب الذى يجده من ملابسه او من فراشه

الغير المناسب بانه اذا ازيلت لفائفه اوارخيت اوسوّى فراشه سكن صياحه وانقطع ويعرف ايضا كون الصياح من التعب فقط بتقطعه اى حصوله زمنا فزمنا وسكونه من ادنى تغيير للهيئة اومن ادنى تشاغل للاطفال الذين يتأتى تشاغلهم وقد يكون سبب صياح المولود احتياج الاغذية وتحقق سببية ذلك اذا عرف انه لم يأخذ ثديه من مدة طويلة لكن لايستدل دآئما من سكونه باعطائه حلمة الثدى على انه كان جائعا الان هنالك اطفالا فيهم شراهة عظيمة للرضاع ولا يسأمون اصلا من التقام اثداء مرضعاتهم وتقذف فى كل لحظة معدهم اللبن المالئ لها اوتصير محلا للالتهاب اذا تقدم عسر شفاؤه فيلزم فى هذه الحالة زيادة الانتباه فى تحديد ساعات للارضاع والاجتهاد فى تسكين الصياح بوسائط اخر ولا تنس ان للعادة فى الوظائف العضوية عند هؤلاء الكائنات الصغيرة تأثيرا له منافع جليلة فى قوانين الصحة وحفظها

واما الالم فكثيرا ما يكون سببا لصياح المولود ولكن صياح الالم عظيم الاعتبار بشدته وكثرته وصعوبته وبالهيئة المخصوصة للسحنة حيث يعسر شرحها مع انه يسهل ادراكها وفهمها وبالحالة العامة للطفل كانتقاع اللون والضعف وعدم الشهية ورفض تعاطى الثدى ومن الاوصاف الدالة عليه ايضا اجتماع الاعراض والعلامات الدالة على وجود مرض فى بعض اجزاء الجسم ومع ذلك قد يحصل فى النغمة والهيئة للصياح المحرض من الالم تنوعات بحسب الاعضاء المريضة سنذكرها قريبا فى المبحث الثالث

ومن الاطفال من يصيح بدون ان يعرف فى الحقيقة سبب صياحه ومع وجود هذا الاضطراب المستدام والسهر الطويل لايشاهد فى هذا الطفل ضعف ويميز هذا الصياح بكونه اشد من غيره من انواع الصياح التى توجد فى قاعات الرحمة مع الاطفال الملتقطين والمراضع تصف الاطفال الذين معهم هذا الصياح بالشريرين وينشأ ذلك التنبه المستدام من ثوران الحساسية فيهم اكثر من غيرهم فعلى ذلك يكون الصياح ايضا معلنا بتعب ينبغى ان يجتهد فى تشاغل الطفل والهائه عنه بالوسائط المناسبة

ومن المهم مراعاة ما يحصل فى اعضاء التنفس والدورة مدة صياح الطفل فانا نعلم حينئذ ان الفاعلات الطبيعية للتنفس تكون فى حالة كانها تشنجية فينتج من ذلك تكدر عظيم فى الدورة الرئوية فلا يرجع الدم فى التجاويف اليسرى للقلب الا بعسر فيقف فى الرئتين ثم يفيض فى التجاويف اليمنى ومنها يذهب فى المجموع الوريدى عموما وينتج من ذلك الاحتقان واللون البنفسجى فى الوجه بل والاطراف وذلك هو ما يشاهد عادة فى الطفل الذى يصيح بشدة قال بليار وقد شاهدت كثيرا من الاطفال حصل لهم اسفكسيا حقيقية وقتية بسبب صياحهم فتكون الرئتان والقلب بل والمخ معرضة حينئذ للاحتقانات التى قد تكون مهلكة قتالة والصياح المستدام الذى يحرضه الالم فى الاطفال الرضع الذين هم عرضة لالتهاب معدى معوى بسبب تغذية رديئة السير قد يكون ايضا سببا للفتوق اذا تقدم فيهم النحول الحاصل من المرض فيلزم دائما ان يجتهد فى تسكين هذا الصياح وقطعه بما ذكره روزان حيث قال صناعة تسكين الطفل تقوم من منع سبب الصياح والهاء الطفل ببعض اشياء تشغله ويمعن فيها بحيث يزول من عقله السبب الذى يثير الصياح بالكلية قال بليار واظن انه لا بأس لاجل منع سبب الصياح وعوده ان تحدد وتعين ساعات الارضاع ويعود الطفل على النوم فى اثناء هذا اللغط وان يلف بخفة فى لفائفه وان تكون درجة حرارة الاوضة التى فيها سريره متوسطة لا حارة ولا باردة وان يسكن اضطرابه اذا كان سببه التعب او الالم بصوت آلة لطيفة من آلات الموسيقى مثلا وعلى الخصوص بالغناء فانه واسطة سهلة طبيعية صارت الآن عامة عند جميع الناس

ثم بعد ان ذكرنا الشرح العام لصياح المولودين نذكر تنوعاته فى الهيئة والنغمة والمدة على حسب تنوع الامراض المصيبة للطفل ونودع جميع ذلك فى المبحث الثالث الآتى على الاثر

المبحث الثالث
فى انواع صياح المولودين

قد يحصل فى صياح المولودين تنوع فى الهيئة والنغمة والمدة فالتغير فى الهيئة اصناف الاول ان يكون غير تام اوغير كامل الثانى ان يكون شاقا الثالث ان يكون اختناقيا والتغير فى النغمة اصناف الاول ان يكون حادا اوثاقبا الثانى ان يكون ثقيلا اورنانيا الثالث ان يكون مجحوبا اومستورا الرابع ان يكون معزيا والتغير فى المدة اصناف الاول ان يكون قصيرا اومتواترا الثانى ان يكون متقطعا اوشهيقيا ولنذكر شرح ذلك فى مطلبين

المطلب الاول

فى تنوع الصياح بحسب الهيئة

الصياح الغير التام هو ان لايسمع من الصياح الاجزء منه فقد يعدم الترجيع بالكلية احيانا ويتسلطن الصياح واحيانا اخر لايسمع الصياح ويكون المتسلطن هو الترجيع وحده والحالة الاولى تحصل اذا كانت الرئتان سليمتين ليس فيهما سدد اى تلبك بل ينفذ فيهما الهوآء بسهولة وانما الطفل لا ينشر فى صياحه جميع الفعل القوى العضلى الذى يقدر ان يفعله مدة ادخال الهوآء بحيث ينفذ الهوآء من المزمار بدون لغط ولا ينتج لغطا الابنفوذه منه ثانيا عند خروجه من الرئتين وهذا اللغط يقل الاهتمام به ويشاهد عادة فى الاطفال الغير المرضى الذين يولدون صغارا ضعافا جدا

اما اذا كان الصياح اختناقيا فلا يكون الحال كذلك وانما يسمع الترجيع وحده وذلك علامة اكيدة تقريبا لتلبك اوالتهاب رئوى قال بليار ومن حيث انى لااذكر هنا الا ما كان مؤسسا على امور واقعية التزمت ان اذكر مختصر التجربيات التى وصلتنى الى اعتبار كون ماذكرته ثابتا قريبا لليقين

فقد شاهدت عشرين طفلا كان الترجيع متسلطنا عندهم والصياح اختناقيا فنهم ستة ولدوا قبل تمام الاشهر اعنى من خمسة اشهر الى سبعة من وقت العلوق فثلاثة منهم ماتوا على اللف والنشر فى اليوم الاول والثانى والثالث بعد الولادة وكان الظاهر ان الهوآء لم ينفذ فى رئتهم لانها وضعت فى اناء مملوء ماء فانغمست

حالا فى عمقه بكتلتها وكذا بعد تقطيعها قطعا وفى ثلاثة اطفال اخر ولدوا قبل تمام الاشهر ايضا دخل الهوآء فى جزء من النسيج الرئوى لكن كان جزء عظيم من هذا النسيج معتما غير مقرقع محتقنا بالدم والاربعة عشر الباقون من العدد كانت رئتهم فى حالة احتقان وتكبد عظيم الامتداد وكان ذلك حاملا على ظنى ان الهوآء ما وصل اليها الا بعسر شديد

فاذن يمكننا ان نستخرج نتيجة اولى من البحث فى صياح المولود وهو انه فى الاحوال التى لا يسمع فيها الا الترجيع وحده يقرب للعقل ان الهوآء لا يدخل فى الرئتين او ما دخل فيهما قط او دخل فيهما يسيرا وهذه العلامة اذا ضمت للعلامات المأخوذة من القرع والاسماع اتضح بها تشخيص امراض الرئتين فاذا نودى الطبيب ليتكلم فى مجلس الحكم على قابلية طفل للحيوية والمعيشة لزم ان يستفهم عن طبيعة الصياح الذى كان يندفع من هذا الطفل لان الطفل الذى لم يتنفس قد يصيح جيدا لكن صياحه يكون بكيفية مخصوصة ينبغى ذكرها مع غاية الانتباه ويمكن ان يحترز بهذه الكيفية من المشاجرات والمعارضات التى تحصل كل يوم فى مجالس الحكم بالبلاد الغريبة بين الاطباء الذين يثبتون من البحث الرئوى ان الطفل لم يتنفس وبين شهود الاقارب والقوابل الذين يجزمون بانهم شاهدوه يفتح فاه ويتنفس ويصيح

والصياح الشاق تسهل معرفته بالفعل العنيف الذى يفعله الطفل ليصيح وبهيئة سحنته الدالة على التألم وبالتعسر الذى يظهر انه يكابده فى دفع الهوآء من الرئتين وبانتهاء الصياح غالبا باهتزاز ارتعاشى قليل الثبات ضعيف وهذا الصياح قد لا يكون سببه آفة فى اعضاء التنفس قال المؤلف ففى ستة اطفال كان معهم مدة حياتهم تعسر عظيم فى الصياح مع ان جزءآه كانا يسمعان فيهم فلما ماتوا وجد اثنان منهم مصابين بالتهاب بلوراوى رئوى مع انصباب فى تجويف البلورا وواحد معه لين المعدة لينا هلاميا ورابع معه التهاب مخى وخامس التهاب بريتونى حاد وسادس التهاب تامورى واضح فالظاهر ان الصياح اكتسب هيئة الالم الذى يحس به الطفل فالصياح الشاق الذى

لا يدركه

لايدركه المشاهد جيدا الا على سرير المريض ولا يتيسر شرحه هنا يقرب للعقل ان اقل ما فيه ما عدا كونه نتيجة لازمة لداء من الداآت ان يكون علامة لوجود مرض ثقيل فى بعض اجزاء الجسم

والصياح الاختناقى يعرف معناه من لفظه فلا يسمع فيه لغط اصلا وانما الحركات المتوالية من الشهيق والزفير يحصل منها الغط تما نفخى مزدوج ممزوج بحس رفيع تختلف حدته ويسمع متقطعا اى مع فترات والاسباب التى يحصل منها اختناق الصياح كثيرة ففى ثمانية عشر طفلا كان صياحهم اختناقيا شاهدت ثلاثة عشر منهم تنفسوا وصاحوا جيدا ورأيت معهم التهابا رئويا شديدا وكانوا افقدوا الصياح فى الايام الاخر من حياتهم فشوهدت الرئتان فى الرمة متكبدتين جدا والحنجرة والشعب ملتهبة والاوعية الغليظة والقلب والمخ محتقنة بالدم جدا وفى طفلين شوهدت الحنجرة وحدها ملتهبة جدا واما الرئتان فكان فيهما بعض فرقعة والثلاثة الباقية ولدوا ضعافا وكان تنفسهم رديئا ولم يسمع لهم صياح اصلا ففى اثنين منهم وجد فى اعضاء تنفسهما مثل الاحتقان الدموى السابق واما الثالث فقويت حياته بوضع علقة تحت كل ابط فاخذ فى الصياح شيأ فشيأ وفى النمو بعض ايام ثم مات فلم يوجد فى رمته الا احتقان دموى فى الحافة العليا لكل رئة

وكثيرا ما يتفق ان يولد الطفل ويكون صياحه اختناقيا وانما يأخذ صياحه فى الظهور كلما صار التنفس اطلق واوسع وقد يصير التنفس اختناقيا ايضا فى النزع الذى يعرف فى نهاية مرض يقع المريض من تقدماته فى نهوكة عظيمة فاذا شوهد ذلك مع الوجه الايبوقراطى كان ذلك علامة يقينية على موت قريب فهو انذار ردئ .ثم فتنتج من ذلك كله ان الصياح الاختناقى يكون كالصياح الغير التام علامة مظنونة للتلبك والالتهاب فى الرئتين وربما كان علامة لالتهاب المزمار والشعب الرئوية

المطلب الثانى

فى تنوع الصياح باعتبار نغمته

ينبغى هنا زيادة الاعتناء والانتباه فى المشاهدة حتى يميز هل تغير النغمة حاصل فى الترجيع او فى الصياح الحقيقى فاما الصياح الحاد فينتج فى العادة من الترجيع الذى يصير متسلطنا اوغطيا وربما يتحقق وجود هذا الصياح بالبحث فى طفل صار عرضة لآلام ذبحة قوية او اختناق قريب الوقوع ناشئ من وجود جسم غريب فى الحنجرة اوذبحة غنغرينية او التهاب حنجرى مع تكون غشاء كاذب اعنى بذلك الداء المسمى فى عرف عامة بعض البلاد الغريبة بالكروب وهذا اللغط الذى شبهه جميع المؤلفين بصياح الديك الصغير ويسمع من الاطفال فى الذبحة الكروبية انما هو ترجيع صار فى هذه الحالة لغطيا وحادا بقلة او بكثرة فى هذين الوصفين ومتقطعا ارتعاشيا بسبب الحركات التشنجية التى تصير الحنجرة مجلسا لها مدة سير هذا الداء المهلك ولقد استشعر بذلك الطبيب يورين سابقا حيث ذكر ان صوت المصاب بالكروب يسمع مدة اخذ النفس

والغالب ان الترجيع فى صياح الاطفال يصير حادا اذا صارت اللوزتان او الحنجرة مجلسا لتهيج ما فاذا صاحت الاطفال كثيرا او بموجب ذلك حصل فى اعضاء الصوت تهيج كبير لم يلبث الترجيع قليلا حتى يصير حادا جدا واما الصياح الحقيقى فينقطع سماعه ويشاهد مثل هذه الظاهرة اذا امتد التهاب الغشاء المخاطى الفمى الى اللوزتين والحنجرة قال بليار ولقد فتحت رمة ثلاثة اطفال غير مصابين بالكروب وكان الترجيع فى حياتهم حادا متقطعا شبيها بصياح الديك الصغير فكان فى اثنين منهم ذبحة شديدة وامتد الالتهاب الى القصبة الرئوية وفى الاخير كانت اللوزتان مغشاتين بطبقة سميكة من القلاع وكان معه مثل ذلك فى حوافى المزمار واما قصبة الرئة فكانت سليمة كالرئة نفسها

وقد يكون جزءا الصياح حادين جدا كأن فيهما تمزقا بدون ان تكون هناك آفة مخصوصة فى اعضاء الصوت والطبيب مونوار ذكر سابقا النغمة المخصوصة لصياح الاطفال المصابين بالاستسقاء المخى الحاد واظن انه سماه بالصياح الاستسقائى المخى ويقرب للعقل ان هذا ناشئ من الالم الشديد الذى

يتجلد له الطفل الذى مخه متمدد ومتمزق بتراكم المادة الصلية الآخذة فى الزيادة دائما فى بطينات المخ

فنظن انه لا بأس بان نجعل من القواعد ان ما يسمى عادة بالصياح الحاد يكون غالبا ناشئا من الترجيع الذى تغيرت نغمته والاولى جعل هذا التغير المخصوص علامة لذبحة حنجرية او حنجرية قصبية لا لالتهاب الرئتين

واما الصياح الثقيل او الرنان فلا يؤخذ منه كبير شئ فى العلامات وقد اتفق مرة انى شاهدت طفلا كان عظيم الاعتبار بصياحه الابح الرنان وكان مصابا بالتهاب معوى خفيف وشفى بسهولة فبالجملة قد تشاهد هذه النغمة المخصوصة بهذا الصياح بدون ان يعلم السبب الذى احدثها

واما الصياح المحجوب او المستور فيشاهد غالبا فى الآفات النزلية فهو يسمع مع سماع الخرخرة المخاطية او القرقعية ولعل المواد المخاطية السميكة السادة لفروع الشعب تمنع الهواء عن ان يمر باطلاق فى القنوات التى يلزم ان يمر منها ليصعد للمزمار فلا تمر من ذلك كمية عظيمة كافية بحيث اذا نفذت من فتحة الحنجرة ينتج منها صوت نقى طنان واصابة هذا التغير للصياح اكثر من اصابته للترجيع فان الغالب ان هذا الاخير يحفظ عادة نغمته الطبيعية وان جاز العكس فمن اثنى عشر مولودا كان صياحهم محجوبا اربعة كانت الشعب فيهم مملوءة بمادة مخاطية وآخران كان معهما ذبحة شديدة فاذن يكون الصياح المحجوب علامة لآفة فى الشعب او فى الحنجرة ويشاهد ايضا فى الالتهابات البسيطة فى هذه الاجزاء او التى حصل منها فيها اغشية كاذبة ومن المعلوم لنا ان الاطفال الذين نجاهم الله بعد الاصابة بمثل الافات السابقة التى فيها تكونت الاغشية الكاذبة يبقى معهم مدة طويلة تغير مخصوص فى نغمة صياحهم واصواتهم

وهناك نوع مخصوص من الصياح قال بليار لم اشاهده الا ثلاث مرات وهو بسبب نغمته المشابهة لمعمعة العنز وكيفية اضطرابه وارتعاشه يستحق على رأيى ان يسمى بالصياح المعزى وفى هذا يسمع الترجيع اكثر من الصياح وكل منهما

ان يبحث عن جميع التغيرات التى تعرض له وقد اخترع هذه العلامات التى تؤخذ من السحنة الطبيب الماهر بدلوت زيادة فى اتساع مبحث العلامات فى الاطفال وجعلها واسطة جديدة للبحث فيهم ولا يصح ان يقال ان هذا البيان لم يحصل منه نفع فى العلم لانه اتضح به بعض شئ من تشخيص امراض الاطفال التى هى عسرة خفية دائما نعم ما ذكره هذا الطبيب هو ما نقله عنه بعض تلامذته حيث قال ان فى مدة الاشهر الاول من الحياة لا يكون وجه الطفل الا كتلة عديمة الشكل لا يميز فيها تخطيط ثابت ومع ذلك فالامراض الحادة تطبع فيها بعض تنوعات محسوسة وتلك التغيرات تكون اوضح فى الامراض المزمنة انتهى كلامه ثم زاد من نقل عنه ذلك بانه لا يمكن ان تؤخذ بعض منافع من العلامات السحنية الا من مدة التسنين الاولى الى البلوغ انتهى والطبيب بدلوت المذكور لم يبن بيانه الجديد على دراسة امراض الاطفال الرضع فيكون الموضوع هنا انما هو خلل يحتاج لسده ومن حيث اننا لا نرى ان وجه المولود لا يوجد فيه تخطيط ثابت ينبغى ان نجتهد فى ان نبين التغيرات التى تعرض فيه والدلالات التى تؤخذ منها فنقول

وجه الطفل فى حالة سكونه وصحته لا يوجد فيه غضون والنتوات العظمية تكون غير ظاهرة والخدان يكونان بارزين مستديرين فالسحنة حينئذ لا يؤخذ منها شئ لكن متى عرض للطفل الم اولذة حصلت فى سحنته تغيرات عظيمة الاعتبار فالالم هو الاحساس الوحيد الذى قد يجده الطفل اوله فى الشهر الاول والراحة التى يجد نفسه فيها عند الممارسة المنتظمة لوظائفه هى غيبوبة ذلك الالم لا حصول اللذة كما ندرك نحن ذلك ونحس به وقد عرفنا ان الطفل مدة صياحه يحصل له بعض غضون فى اصل الانف والزاوية الوحشية للعينين وينفتح فمه نصف انفتاح واغلب عضلات وجهه تكون فى حالة تعاقب انقباض وانبساط وذلك هو الذى يشاهد فيه عند ولادته والهيئة المخصوصة السحنية التى ذكرناها سابقا انها تحصل من الحركات العنيفة التى يستدعيها التنفس العسر للطفل هى بالنظر لنا اول دلالة ينبغى التمسك بها مع غاية الانتباه لان بها نتوصل

الى ما هو ابعد عن ذلك فلنقطع الآن النظر عن الصياح الذى يصحب في العادة حركة السحنة ونشبه هذه الغضون المختلفة للوجه بالغضون التى تشاهد فى البالغ المصاب بآلام شديدة فيشاهد ان الشفة العليا تتكرمش وترتفع بعض ارتفاع وترتسم غضون عمودية وافقية على اصل الانف او تمتد للجبهة وتقرب الاجفان لبعضها وتظهر ايضا غضون كثيرة فى الزاوية الوحشية للعين او ترتسم باستدارة فى الجلد على اتجاه العضلة الجفنية فهذه هى التخاطيط التى يتخيل الرسامون على وضعها اذا ارادوا ان يصوروا حالة التألم فى الوجه وهى التى نشاهدها فى الطفل الذى يصيح وهى ايضا التخاطيط التى تدل على الوجه المتألم فى المولودين واذا ضم لذلك الاحوال التى يوضح بها الطبيب حكومته تيسر لنا معرفة التألم حتى فى الاطفال الصغار جدا قال المؤلف وقد تيسر لى تحقيق ما قلته بالبحث فى الاطفال الذين يصيحون بسبب وخز حصل لهم او بسبب لدع حرارة ما شربوه من المشروبات التى فيها بعض سخونة تؤلمهم

ويسهل ان يوضح كيف يكون الواصف لهيئة الالم هو الانقباضات العضلية التى يتسبب عن مثلها تواتر التنفس وتعبه وذلك لان الاحساسات المؤلمة تؤثر دائما تأثيرا اشتراكيا على اعضاء الدورة والتنفس فحينئذ جميع الدائرة العصبية التى شرحها بل يحصل فيها بواسطة التشعع تنبه فجائى ينتج منه مجموع الانقباضات الصدرية والوجهية المشاهدة فى الاطفال عند صياح الالم واما اللذة الزائدة كالفرح مثلا فتؤثر ايضا فى اعضاء الدورة الا انها تمنع حركتها بدل ان تحرضها ومن المعلوم ان افراط الفرح ينتج الغشى اكثر من انتاج الالم له ومن المعلوم ايضا ان صبر الانسان فى عملية ثقيلة لا يفنى عادة مادام افراط الالم ولا يسقط المريض فى الغشى عادة الا اذا لم يحس بالحد القاطع للآلة فالصياح والشهيق والاختناق التى تعرض للاشخاص المصابين بالحزن تدل ايضا على وجود ارتباط بين الاحساس بالالم والاضطراب التشنجى لعضلات الصدر والوجه فاذن اتضح لك كيف تكون انقباضات الوجه مدة الصياح

مثل الانقباضات التى يقوم منها الالم

وبهذا المهم الاول الذى ذكرناه يمكن ان نجعل موضوع الشبه هو الوجه المتالم المذكور ونعتبر تنوع السحنة التى لها نسبة بتلك الهيئة علامة للالم ففى الالم الاصم المسبب عن مرض مزمن اوالحاصل فى حالة الضعف العام اوالتعب اوعسر الهضم تشاهد فى الطفل الذى فى المهد التخاطيط المذكورة واضحة بكثرة اوبقلة بحيث قد تكاد احيانا ان لاتشاهد فتعطى لوجه الطفل منظرا مخصوصا لايخفى على المشاهد الممعن نظره ويستشعر به بالحس اكثر من ان يشرح بالعبارة قال بليار واذا اردت التعبير عنه بطريق المجاز قلت انه كهيئة سحاب يستر وجه الطفل ويظلمه وقد تكون هذه التخاطيط زائدة الوضوح فى بعض الاحوال فترتسم بحيث لايمكن انكارها ويشاهد ظهورها غالبا عند قيام الطفل من النوم فتكون سحنته كسحنة المتألم وتبقى تلك الهيئة كذلك بعض دقائق قبل ان يصيح ولا تزال ايضا باقية مع الصياح بل وبعده يسيرا اما فى الآلام المستدامة من الآفات البطنية المزمنة فتبقى تلك التخاطيط دائمة وان كانت تختلف فى الادراك والتنوع واذا اضيف الى ذلك هبوط الطفل وضعفه بحيث صار منتقع اللون ذابلا حصلت الصورة الاصلية للوجه المتألم اى السحنة المتألمة وحينئذ فيصح ان يقال ان الوجه هو الحامل لخاتم التألم اى الدال عليه ومثل ذلك يشاهد فى حالة الاستسقاء المخى الحاد والالتهاب الخالص اوالغشائى فى الطرق الهوائية فقد عرفنا حينئذ هيئة الالم فى الاطفال وذلك اول قدم وضع فى دراسة تشخيص امراضهم وسيأتى لنا فى دراسة هذه الامراض على الخصوص كيفية تنوع تلك الهيئة من تأثير تغيرات الاعضاء وتنزل عليها حسب الامكان البيان التعليمى للطبيب بدلوت

وقد يظهر من وجه الطفل الراحة والفرح ومن النادر مشاهدة تبسمه قبل ثلاثة اسابيع وقد شاهدت كثيرا منهم فى هذا السن ابتدأ فيه اول التبسم بواسطة الملاعبة لاجل ذلك واما الضحك الحقيقى فلا يبتدأ مع الطفل غالبا الابعد شهر تقريبا

تقريباً والهيئة الذى يتخذها وجهه حينئذ معروفة جيد الاحاجة لشرحها وجميع الفسيولوجيين تكلموا على الانفتاح الكلى لتخاطيط الوجه حيث تكون هى هيئة السرور والفرح وفرقوا بين هذه الحالة والانقباض الكلى لهذه التخاطيط فى الالم فقد قال كبانيس ان الحيوان فى الالم ينقبض على نفسه بحيث يقلل سطح جسمه حسبما امكن واما فى اللذة فيظهر كانه يبسط بدنه من جميع جهاته ليقبل هذه اللذة فى اجزآء واسعة من جسمه

وكلما تقدم الطفل فى السن اخذت هيئة الفرح فيه فى الظهور ولا تكون فى الابتداء الامجرد حركة قليلة فى الشفتين تزيد فيما بعد ثم يصحبها قهقهة فى الصوت متكررة ومعرفة هذه الهيئة للسحنة قليلة النفع لنا ويقل احتياجنا لدراسة تنوعاتها لان مطلوبنا مقصور على التفتيش على العلامات الظاهرة التى يمكن ان نكشف بها ينبوع وطبيعة الامراض التى يصاب بها شخص فى سن يعسر معرفتها فيه وتوضيح تألممنها

ونقول بالاختصار ان سحنة الطفل قد يتضح منها اولا الالم فيوجد فيها الانقباضات المختلفة الوضوح المماثلة للانقباضات التى تصاحب الصياح وثانيا الراحة فلا يظهر حينئذ شئ من الانقباضات وانما يظهر ان التخاطيط تمتد وتنفتح وتتسع وقد يوجد فى سحنة الاطفال غير ذلك فتشاهد هيئة مخصوصة على حسب كون المصاب هى الاعضاء المخية او الصدرية او البطنية وهذا امر يحتاج فى اثباته الى مشاهدات كثيرة ولذلك لا نبين ما يؤخذ من هيئة السحنة فى هذه الامراض المختلفة الا عند دراستها وكما نبحث هنالك عن انقباض تخاطيط الوجه نبحث ايضا عن تنوعات اللون لانه لا ينبغى اهمالها ايضا فى دراسة امراض الاطفال

الباب السابع
فى حالة نبض الاطفال

قال المؤلف اتفق المؤلفون على ان نبض الاطفال اسرع من نبض البالغين والظاهر ان هذا صحيح بالنسبة للغالب فلا يصح اخذ هذه القضية مسلمة على

وجه الاطلاق لان لها استثناء فانى كثيرا ماتعجبت من بطئ نبض بعض الاطفال بحيث كان كنبض بعض الشيوخ الذين تغيرت فيهم حركة الجهاز الدورى اوابطأت بسبب حدوث بعض آفات عضوية فيهم

ولما كان من المهم تحصيل قواعد ثابتة فى حالة نبض الاطفال لكون هذه العلامة تنفعنا لتشخيص امراضهم بذلت غاية الاجتهاد فى البحث عن ذلك سابقا واستدعى الحال ان اذكرهنا نتائج ذلك ولنذكر قبل ذلك انه يعسر جدا ان تعد بالضبط ضربات النبض فى المولودين جديدا لان الاندفاعات تتسلسل احيانا وتتواتر مع سرعة عظيمة بحيث لاتعد واحدة الا وقد وجد منها اثنان ونقول من جهة اخرى كثيرا مايتفق ان تخفى بعض الضربات بحيث لاتدرك تحت الاصبع وتفر من انتباه المشاهد وليس بنادر ان يحس باهتزاز الشريان مرتين تحت الاصبع كما يحصل ذلك فى النبض المزدوج للبالغين اى حيث لايحس بانقباض بين الانبساطين فيمكن ان يعد المشاهد دفعتين بدفعة واحدة واذا انضم لذلك عسر وجدان الشريان فى ذراع سمين مشحم مربرب وزيادة التعسر فى مسك قبضة اليد ثابتة مدة طويلة علم تعسر عد نبضات الطفل ولو مع غاية الانتباه وها هى مايلزم للوصول لذلك

وذلك انه ينبغى حسب الامكان التحرز من مسك يد الطفل بيد واحدة وتثبيتها لانه يفعل حينئذ حركات مستدامة ليتخلص من الاصابع الضاغطة عليه وانما الاحسن ان تترك اذرعته خالصة وتوضع مع اللطف بطن انملة السبابة على مسير الشريان الكعبرى وانما يوصل لذلك بعد بعض لمسات فاذا كان الضغط عليه عنيفا جاز ان ينسطح فلا تدرك دفعاته ثم اذا استشعر ببعض ضربات خفف ضغط الاصبع تدريجا ليتأتى للشريان التمدد مع غاية الاطلاق فوضع السبابة فقط فى الاطفال اسهل لوجدان الشريان من وضع الاصابع الثلاثة المأمور بها لجس نبض الكبار اوالبالغين ويصح ايضا وضع الاصبع على الشريان الصدغى فاذا كانت ضربات الشريان سريعة جدا اوخفية اوعسرة الضبط صح ان تعد حركات القلب بواسطة المسماع اواليد وذلك هو مايضطر اليه كثيرا

وهذه

وهذه الوصايا المذكورة للبحث عن نبض المولودين يظهر انها نافعة لبعض الاشخاص الان الاستشعار بالاهتمام بها يكون اعظم للاطباء الذين يعرفون قدر التعسر الذى يكابدونه فى اجتناء العلامات المأخوذة من نبض هؤلاء الاطفال الصغار وما وصلنا للقواعد الآتية الابمساعدة هذه الاحتراسات

قال بليار فى احد واربعين طفلا عمرهم من يوم الى عشرة ايام وكانوا بحسب الظاهر متمتعين بصحة جيدة قد وجدت النبض فى ثمانية عشر منهم يضرب اقل من ثمانين ضربة فى الدقيقة ووجدته فى اثنين يضرب ستا وثمانين وفى واحد تسعا وثمانين وفى اربع منهم مائة وفى عشرة من مائة وعشرة الى مائة وخمس وعشرين وفى واحد مائة وثلاثين وفى اثنين مائة وخمسا واربعين وفى اثنين مائة وخمسين وفى واحد مائة وثمانين فيؤخذ من ذلك ان كثيرا من الاطفال يكون عدد ضربات النبض فيهم تقريبا كما يكون فى الكبار البالغين ومنهم من تجاوز نبضاته فى العدد غيره من المتقدمين فى السن مع كونى اجزم بان هؤلاء الاطفال لم يكن فيهم علامة من علامات الامراض اصلا

وفى خمسة وثلاثين طفلا عمرهم من يوم الى شهرين وجدت منهم اربعة عشر نبضهم من ثمانين الى خمس وثمانين ضربة وواحدا من ستين الى اثنين وستين واثنين منهم تسعين واثنين آخرين اربعا وتسعين الى خمس وتسعين وخمسة من مائة وعشر الى مائة وثنتى عشرة واثنين مائة واربع عشرة وسبعة مائة وخمسا وعشرين الى مائة وثلاثين وثلاثة مائة واربعين ومائة وسبعا واربعين الى مائة وخمسين فترى هنا ايضا بعضا من الاطفال يشبه نبضهم فى العدد نبض البالغين بخلاف ما نستنتجه من البحث الآتى وذلك ان فى ثمانية عشر طفلا عمرهم من شهرين الى ثلاثة شاهدت اربعة عشر يضرب نبضهم اكثر من تسعين بل منهم اثنان يجاوزان المائة وشاهدت فى اثنين سبعين فقط وفى الاثنين الباقيين من سبعين الى ثمانين وقد اتفق انه لم يتيسر لى عد النبضات فى بعض من الاطفال الذين عمرهم اكثر من سنة فدائما اجد نبضهم اكثر تواترا من نبض البالغين

فعلى حسب ما تقدم يظهر انه كثيرا ما يتفق ان نبض الطفل المولود لا يكون اكثر من نبض البالغ الا انه يكتسب تواترا كلما تقدم الطفل فى السن فنتج من ذلك ان من الغلط ان يقال بوجه عام مطرد ان نبض الاطفال اكثر تواترا من نبض البالغين لما علمت ان ذلك قد يتخلف

ولنبض الاطفال صفة اخرى غير التواتر فانه كثيرا ما يرى غير منتظم وكانه ارتعاشى ولا شك ان ذلك ناشئ من التغيرات الفجائية التى تحصل فى الجهاز الدورى زمن الولادة ومن الانخرام اى عدم الانتظام فى الافعال التى تمارسها الاعضاء فى ابتداء مباشرة وظائفها وكثيرا ما يكون صغيرا خيطيا يسهل انخفاضه وقد شاهدت انه ليس دائما موافقا بالكلية لضربات القلب او اقله ان ذلك اى عدم موافقته لها ممكن اذا وضعت يد على القلب والاخرى على شريان الذراع فيحس احيانا بان حركات القلب ليس لها طنين فى الشريان الكعبرى او لا تسمع الا ببطئ وربما كان ذلك ناشئا من سهولة انخفاض الشريان بضغط الاصبع عليه او منع ملامسته له

وعندما نشرح الامراض على الخصوص نذكر التنوعات التى يكابدها نبض الاطفال لكن على حسب ما سبق لك ينبغى ان لا يذهب من ذهنك مقدار التعسر فى ضبط هذه التنوعات حتى تستخرج منها بعض نتائج نافعة لمعرفة العلامات ومن السعد ان الاطباء الآن قل اهتمامهم بالتقاسيم الفرضية التى ظن الطبيب بوردو لزومها فى دراسة النبض وانما يوجهون انتباههم نحو الاعراض والعلامات المخصوصة بكشف مجلس وطبيعة التغيرات التى تتولد فى اعضائنا ويخشى منها على حياتنا

الباب الثامن
فى ضعف المولود

قد يولد الطفل فى حالة متوسطة بين الصحة والمرض وسموا تلك الحالة بضعف المولود وهذه التسمية مستعملة كثيرا مع انها مبهمة وليس دائما هذا الضعف الظاهرى نتيجة نمو غير تام للجنين كما يشاهد ذلك فى بعض المستوطنين وانما

قد

قد يكون من تغير يختلف عمقه فى عضو رئيس للحياة ويحصل ذلك التغير للطفل مدة اقامته فى الرحم وسنبين لك فى مسيرهذا الكتاب حقية هذا الزعم ونجتهد فى ان نعين هنا المعنى المراد بقولهم ضعف المولود

فاذا لم نعتبر الا الحالة الظاهرة للطفل اعتبرنا ان الضعيف من الاطفال هو من يولد دقيق الاطراف والجذع عسر التنفس يكاد صياحه ان لا يسمع ولا يستقر فى جوفه المشروبات او اللبن الذى يتعاطاه وكأنه فى حالة استعداد للموت لكن اذا نظرنا لينبوع هذه الحالة العامة التى فى الجسم نرى ان اسبابها مختلفة جدا فيمكن ان تنسب لآفات مختلفة الاجناس قال بليار ولا حاجة لان نذكر لك هنا بالتفصيل شرح جميع الاحوال التى وجدنا فيها آفات يختلف ثقلها مع مثل هؤلاء الاطفال الذين كانوا بالصفة التى ذكرناها وانما نقول بالاختصار قد اودعنا شرح كل من هذه الامراض الخلقية لنذكره فى المحل المناسب له من هذا الكتاب وانما نذكر هنا انه ينبغى ان يميز ضعف المولود عن الاحتقانات الرئوية او المخية التى تحصل غالبا فى الاطفال من اعمال الولادة لان هذه العوارض اذا التقرب لان تكون حديثة ويمكن ان يوجد فى الطفل المصاب بها غير السبات والغشى جميع صفات القوة والصحة وعكس ذلك فى الاطفال الضعيفة النحيفة الذين اطرافهم هزيلة ووجوههم مخططة بغضون واعينهم غائرة فى الحجاج ومنظرهم العام مفزع مقرف احيانا للناس الذين يسرعون التهويل فيما يرونه خارجا عن الهيئة الاعتيادية لتولدات الطبيعة بحيث ظنوا انهم شاهدوا اطفالا ولدوا مرضوضة عظامهم او مسلوخة جلودهم

وقد وجدت فى ثمانية عشر طفلا ولدوا بعد تمام الاشهر فى حالة ضعف ونحول واضح التهابا شديدا جدا فى الجهاز المعدى المعوى وفى ستة التهابا رئويا جيد المعرفة وفى اثنين التهابا رئويا عرف بالالتصاقات القديمة المتينة وبانصباب سائل مصفر فى البطن وفى واحد التهابا بلوراويا مزمنا وسنذكر هذه الامور الواقعية فى المواضع التى تستدعيها

ومع ذلك لا ينبغى ان يظن ان جميع الاطفال الذين يولدون مع تغيرات عميقة فى بعض اعضائهم يوجد فيهم النحول والضعف العام الذى ذكرناه لانه سيأتى لنا قريبا العكس ولنقدم لك انه كثيرا ما يوجد فساد عميق فى الجهاز المخى الفقرى ومع ذلك لم تتغير هيئة الطفل ولا نضارته بل الآثار الاعتيادية للصحة والنمو الطبيعى متوفرة فيه وقد تولد ايضا اطفال يحكم بشدة قوتهم بالنظر لسمنهم وحسن تكون اطرافهم ومع ذلك يموتون بعد ولادتهم ببعض ساعات اوبعض ايام واذا فتحت جثتهم يوجد فيها احتقان دموى فى الاعضاء الرئيسة كالمخ والرئة والقناة المعوية مع انصباب دم تختلف كثرته فى باطن التجاويف المحتوية على هذه الاعضاء

ونقول من جهة اخرى جميع الاطفال الذين يولدون ضعافا امهزولين قد لا يكونون مصابين بآفات ثقيلة بل قد لا توجد فيهم ادنى آفة اصلا وشاهد ذلك مشاهدة للمؤلف وهى ان طفلا انثى حمل بعد ولادته حالا الى بيت الاطفال الملتقطين فكان طوله ثلاثة عشر قيراطا اونصف قيراط وكانت اطرافه السفلى دقيقة صغيرة جدا ووجهه مكرشا محمرا وجلده متلون بالحمرة وحركاته قليلة الوضوح وصياحه وان كان تاما الا انه يعسر سماعه وحرارة جلده طبيعية وشرب هذا الطفل بدون ان يتقيأ ما شربه الا انه رفض اخذ حلمة الثدى ثم فى المساء خرج منه مقدار كبير من العقى وبقى فى الايام التالية على الحالة التى ذكرناها ثم مات بعد ان تم له خمسة ايام ولم يكن فيه شئ من العلامات سوى الضعف الزائد ولما فتحت جثته بعد اربع وعشرين ساعة وجد الفم سليما والمرئ محتقنا كبقية الجزء الاسفل عن الحجاب الحاجز من القناة الهضمية التى كان باطنها مغشى بمادة مخاطية سميكة ووجدت الكبد هابطة على نفسها قليلة التغير والفساد والرئتان مقرقعتين ماء داحافتهما الخلفية فانها كانت محتقنة ووجد كل من القناة الشريانية وثقب بوتال مفتوحا فتحة واسعة ولب المخ مسترخيا قليلا ومصفرا وبطيناه الجانبيان محتويين على بعض مصل محمر والمنسوج الخلوى تحت جلد الاطراف مرتشحا بمصل اصفر صاف

فمن الواضح ان موت هذا الطفل كان مسببا عن حالة الضعف العام التي ولد فيها وان احتقان القناة المعوية وانصباب المصل في بطون المخ وترشح الاطراف كل ذلك على رأيي ناشئ من حالة الضعف والخمود في الاعضاء الرئيسة وسيما فاعلات الدورة وسيأتي لنا ايضا امر واقعي مشابه لذلك غيرانه ينبغي الاتفاق على ندرة وجود هذه الحالة بدون آفة وبدون سبب مرضي آخر غير الضعف العام في المولود وقد تشاهد اطفال يسقطون بعد الولادة في حالة نحول وذبول وسقوط فتكون اعينهم خامدة غير لامعة وتصير اطرافهم باردة وشفاههم منتقعة ووجوههم ذابلة ويمتلئ فمهم بمادة مخاطية ولا يكون عندهم قوة لالتقام الثدي واحيانا يحصل لهم قيء من مادة مخضرة وسمي غرديان تلك الحالة بضعف المولودين وسيأتي لنا ان سبب هذا الهبوط التدريجي في الغالب الالتهابات المزمنة في الجهاز الهضمي ويكون من الخطأ استعمال المنبهات والمقويات التي امر بها غرديان في مثل تلك الحالة لتحيي بها قوة الطفل وسيأتي لنا في هذا الكتاب ادلة كثيرة تثبت ما قلنا .

واستفيد من هذه التنبيهات التي ذكرناها امور الاول انه اذا ولد طفل في حالة ضعف ونحول وقلة قابلية للمعيشة لم يلزم نسبة هذه الحالة لمجرد ضعف في نمو البنية الثاني انه يمكن ان يكون سبب ذلك آفات كثيرة مختلفة الثالث انه يلزم البحث قبل ان يقوى الطفل بالمقويات والمنبهات عن السبب الحقيقي لهذه الضعف الظاهري ويسهل تعاطي هذا البحث لمن درس طبيعة اعراض امراض الاطفال الرضع وسيرها

فاذا تحقق ان هذه الحالة ناشئة من مجرد الضعف لا من حالة التهاب في بعض الاعضاء ينبغي ان يجرع الطفل اللبن بان يوضع في فمه باي طريقة كانت ومثله ايضا بعض امراق خفيفة جدا او جرعات خفيفة مقوية عطرية وبعضهم ذكر انه رأى النفع كثيرا في ذلك السلسلة الظهرية والخلية بمروخ روزان وسيأتي في الدستور فاذا كان هناك امساك اعطي شرابا مسهلا مؤلفا من الشكوريا او من زهر الخوخ بكمية من نصف اوقية الى اوقية في اوقيتين من منقوع ورق

البرتقان ويستعمل منه ملعقة ملعقة من الملاعق الصغيرة والى هنا انتهى الجزء الاول من الكتاب الاول

الجزء الثانى
فى شرح الامراض على الخصوص

اعلم ان فى مدة مكابدة الجنين فى الرحم التنوعات المختلفة التى بها ينتقل من طور الى طور حتى يصل الى حد الحياة داخل الرحم يكون قابلا لتأثير نوعين من الاسباب يمكن ان يغير اشكل اعضائه وتركيبها النوع الاول منسوب لعدم كمال نمو الاحشاء والنوع الثانى يعسر توضيحه لكن تسهل معرفته بواسطة نتائجه لانه ينشأ عنه فى تركيب الاعضاء تغيرات مشابهة للتغيرات التى تحصل مدة الحياة وينتج منها امراضنا

فالنوع الاول من الاسباب اتقن دراسته جيدا فى هذه الازمنة الاخيرة مع غاية الانتباه مشاهير المشرحين ومن اعمالهم وابحاثهم نقدر الآن على توضيحات كافية وبيانات شافية لطبيعة التشوهات الخلقية وتكونها واما التغيرات الاخر فيظهر ان الاطباء لم يعنوا فيها الى الآن انتباهاتهم امعانا تاما واظن ان من المهم الاشتغال بمعرفة حقيقتها اذ من اللازم لمن اراد دراسة الاعضاء المختلفة فى الطفل ان يعرف العيوب الرئيسة للتكون وكذا تغيرات التركيب التى يكابدها كل عضو مدة الحياة داخل الرحم وذلك هو ما اردنا ذكره هنا ولنذكر ايضا باى العلامات يمكن فى زمن الولادة ان يشخص وجود تغير كذا او كذا من هذه التغيرات ثم نشرح الامراض التى قد تظهر بعد الولادة ونتم شرح هذه الامراض بذكر الوسائط العلاجية الاقوى فاعلية لمقاومتها

فنشرح على التوالى آفات الجلد اجمالا ونبقى تفصيلها للكتاب الثانى ثم المنسوج الخلوى ثم الجهاز الهضمى ثم الجهاز التنفسى والدورى ثم الجهاز المخى الشوكى ثم المجموع الانتقالى والمجموع التناسلى ونقسم كما ذكرنا التغيرات الخلقية فى الاعضاء الى نوعين عيوب التكون وتغيرات التركيب ومرادنا بعيوب التكون اولا العيوب التى تنتج من وقوف النمو كأن لا يوجد من العضو الا نشأة

ومبدأ من شكله الاصلي وثانيا العيوب التي تحصل من شبه ضخامة في العضو وثالثا العيوب التي تشاهد من مجرد تشوه يعرض في قطر الاعضاء المختلفة من الجسم اوفي اتصالها ببعضها ومرادنا بتغيرات التركيب التغيرات التي تنتج من التبدلات التي يحدثها سبب مرضي في لون العضو وتأليفه بدون ان يتغير في الظاهر الشكل العام له ولنبدأ اولا بدراسة امراض الغشاء الظاهر اي الجلد لانه اول مايبدو لأعين الطبيب وفي هذا الجزء سبعة عشر بابا

الباب الاول

في امراض الجلد والمنسوج الخلوي في الاطفال

في هذا الباب سبعة فصول

الفصل الاول

في عيوب التكون والامراض الخلقية في الجلد

الجنين لم يزل جلده الى نصف الشهر الثاني غير متميز وانما قرب هذا الزمن على رأى بعضهم تبتدأ البشرة في الظهور ثم الى نصف الحمل يكون الجلد رقيقا عديم اللون شفافا ثم يصير ورديا الى الشهر الثامن تقريبا وفي هذا الزمن يكون منتقع اللون ماعدا ثنياته واما مشاهدة الاجربة الدهنية فتبتدأ في نصف الحمل اي من اربعة اشهر ونصف فتظهر اولا في الرأس ثم في بقية اجزاء الجسم وفي نهاية السابع يبتدأ ظهور الطلاء الدهني اوالجبني على الجلد وعند الولادة يكون الجلد مغطى بهذا الطلاء ويكون ابيض ورديا في الاشخاص البيض وفي هذا الفصل ثلاثة مباحث

المبحث الاول

في غيبوبة الجلد من اصله

قد يعدم الجلد في جزء او اكثر من اجزاء جسم المولود لكن الغالب ان يكون عدمه مع عدم الجزء المغطى هوله فمن ذلك عدم جلد البطن اوالصدر اوالرأس في الاجنة الذين فقدت منهم الجدران العظمية والعضلية لهذه التجاويف

فاذا فقد جزء من الجلد صغيرا اوكبير وجدت فى العادة حوافى تفرق الاتصال حمرآء فيها متانة يسيرة وملتصقة جدا بالاجزآء التى تحتها وبالاختصار يوجد فى هذه الحوافى المنظر الظاهر لفساد حقيقى

ولفقد الجلد سببان مختلفان لان الجلد اما ان يكون وجد اولا ثم عرض له فساد اخذ فى التقدم حتى اتلفه كما يشاهد احيانا فى عديم المخ وفى الحدبة ورياح الافرسة اوان الجلد لا يوجد اصلا لكون الاجزآء التى يلزم ان يغطيها اوقف نموها وذلك هو ما يحصل عادة فى فقد الجدران الصدرية اوالبطنية اوالجمجمية ويدرك تلف جلد الجنين مدة اقامته فى الرحم بكيفيتين وذلك لاننا كثيرا ما نرى فى المولودين اوراما فقرية بدون ان يفسد جلدها الاان تقدم الورم لم يلبث قليلا حتى يرق هذا الجلد المغطى له ويقرحه ثم يمزقه وما يشاهد بعد الولادة يصح ان يشاهد قبلها ايضا ولاشك ان من ذلك تقرح الجلد المغطى لورم الحدبة ورياح الافرسة فى بعض الاطفال الذين تشاهد فيهم عند الولادة رقة اوفساد فى الجلد المحاذى للاورام التى معهم سوآء كانت فى العجز اوفى السلسلة ومن الواضح ان هذا الفساد نتيجة وجود سائل متراكم فى الورم فيمدد جلده ويهيجه ويزيد ذلك التهيج على الدوام من الاحتكاك المعرض له هذا الجزء البارز

وكيفية حصول هذا الفساد فى جلد الجنين ان هذا الجنين اذا كان مدة الحمل فى حالة تعب من حصره فى الرحم لكون هذا العضو يحتوى فى تجويفه على بعض تولدات مرضية تغير شكله وتقلل سعته جاز ان الجزء الجلدى الملامس لهذا الجزء البارز من العضو الرحمى يرق بل ويفسد تركيبه ويوجد مع الطفل عند الولادة آثار واضحة لانضغاطه المذكور ولفساد تركيب الجلد

قال المؤلف قد وجدت فى مولود ساذكر قصته فى مبحث فتق المخ فساد جلد الجمجمة فى محاذاة عظم الجدار الايسر وابدل ذلك الجلد باثرة منضغطة ملساء محمرة طولها قيراط ونصف وعرضها اربعة خطوط ووجدت ايضا فى عظم الجدار المنضغط فى هذا المحل فتحة مستطيلة طولها قيراط فقط ودآئرتها مستديرة لا بانتظام وحافتها كالمقطوعة بانحراف

وتشوه الجمجمة وانضغاط جزء منها والفساد التام لفروة الرأس وتلف الجدار في محاذاة هذا الانضغاط جميع ذلك يحمل على ظن انه يوجد في الرحم الذي حوى فيه هذا الجنين جزء بارز كبوليبوس مثلا كان ملامسا لجزء الجمجمة الذي ذكرناه فاتلف جلده ويمكن ايضا ان يظن انه كان في الحوض تشوه اتعب نمو الرحم ومن الاسف انه لا يمكن ان يحقق شكل هذا العضو في تمام الجنين ولا ان يعرف هل حصل للام في مدة الحمل ضربة او سقطة على البطن وعلى كل حال هذه الظنون مؤسسة على امر فيه بعض وضوح بحيث يكون اقل ما فيها انها قريبة للعقل اذ قد صرح بقراط في كتابه في التناسل ان الام اذا اصابها مدة الحمل ضربة على بطنها حصل للطفل تشوه وآفة في المحل المحاذي لذلك من جسمه والمشاهدة السابقة تقوي رأي هذا الامام الكبير في الطب وله ايضا مقويات كثيرة منها مثال للطبيب لوزاج وهو جنين في جبهته آثار آفة نشأت من ضربة حصلت على بطن امه وهو في رحمها وشاهد شوسيير امورا مشابهة لذلك وذكر جيوفروه جنينا ولد تام الاشهر ووجد معه جرح كان حصل له في الشهر الثالث من حمله بسبب حركات عنيفة فعلتها الام في ذلك الزمن لاجل الاسقاط

وبالجملة قد تتلف سعة من جلد الطفل مدة اقامته في الرحم اما لكونه ظهر على سطح جسمه ورم الزم الجلد المغطي له بان يتمدد ثم يرق ثم يتقرح واما لكونه يوجد على الوجه الباطن للرحم جزء يختلف في المتانة والبروز ويلاقيه بقوة وعنف جزء من سطح جسم الطفل وان كان ماء الامنيوس موجودا فهذان هما السبب في اتلاف جزء من جلد الجنين قال اولفيير وهناك سبب آخر قد يحدث التهابا وتقرحا في جلد الجنين قبل ولادته وذلك ان من المعلوم ان عدم مماسة الهواء الجوي للجلد يعين في بعض الاحوال على ان تتحول صفاته الى صفات الغشاء المخاطي وذلك هو ما يشاهد في الثنيات العميقة التي يحدثها انثناء الاطراف في الاطفال السمان والانقباضات العضلية وقد ذكر الطبيب هبرياز من مدة طويلة حوادث من هذا النوع لاثبات المشابهة التي توجد بين الجلد

والغشاء المخاطى ولاشك ان ماء الامنيوس يؤثر على سطح جسم الجنين
فى الرحم تأثيرا مشابها لفعل الهواء على جسم الطفل بعد الولادة اذا كان
الوضع الخاص لاطرافه ستر جزأ منه عن تأثير السائل الامنيوسى الغامر له
فالجلد اولا يلين من ذلك ويمكن ان يلتهب ويتقرح والمشاهدة الآتية عظيمة
الاعتبار فى ذلك وذلك انه حمل الى طفل مؤنث ولد منذ يومين ومعه الصنف
النادر من الداء المسمى بالقدم المقلوبة اى ان القدمين منقلبتان على الساقين
بحيث صار الوجه الظهرى لكل منهما مستندا مباشرة على الوجه المقدم
للساق وكان معه فى الجانب الايسر على الكعب الوحشى فى الثنية الناتجة
من الانثناء القهرى للرجل على الساق قرحتان فى الجلد عمقهما سنجابى
وحوافيهما محمرة جدا ومدممة ومنظرهما كمنظر حرق جديد فى الدرجة الثانية
واما القدم اليمنى فيوجد فى جزئها الانسى وفى جميع سعة سطحها الظهرى
والثلث السفلى للوجه المقدم من الساق المقابل لهما خشكريشة واسعة
سنجابية مصفرة محاطة بدائرة التهابية محمرة جدا مدممة اى يرشح منها دم
وكانت هذه القرحة كالتى فى الساق الآخر فيها اعظم مشابهة بحرق جديد
ولما رأى الطبيب المولد هذا التغير الغريب فى الجلد وقت خروج الطفل وضع
عليه رفائد مبتلة بماء الخطمية بدون ان يتغير من ذلك منظر هذه الجروح
ولما عرفنا ان البسط اللطيف يعيد القدمين بسهولة الى وضعهما الطبيعى غير انه
يسبب المأ شديدا اخترت لذلك وضع رباط باسط ليعارض الانثناء المخالف
للعادة ومع ذلك وضعت على سطح القروح قيروطى جولار واستديمت هذه
المعالجة مع غاية الانتباه فلم يلبث الحال قليلا حتى حصل الالتحام التام
للقرحتين وحصل فيما بعد اعتدال القدمين انتهى

فاذا ولد الطفل ومعه فقد شئ من الجلد لزم بسط ماجاوره على المحل المكشوف
مع وضع رباط قادر على حفظه فى ذلك المحل وتغطيته له ويمكن مع ذلك ان يعين
على التحام هذا الجزء المتقرح كما رأيت وبالجملة علاج ذلك يكون كعلاج
الجروح الاعتيادية التى فيها زوال جوهر هو الجلد

المبحث الثانى
فى الزوائد الجلدية والتولولية ونحوها كالشعر وغيره

قد يحصل فى الجلد تشوه بالزيادة وتحصل هذه الزوائد الخلقية غالبا بل دائما من ثنية اوامتداد فى جلد بعض اجزاء الجسم وتشاهد فى الوجه او الجذع اوالاطراف لكن وجودها بالاكثر يكون على الوجه او اليدين او القدمين وتكون احيانا طويلة بحيث تسبب تشوها حقيقيا ويصحبها غالبا كما قال مكيل عدم نمو الجلد فى محل اخر قال بليار قد شاهدت مولودا مؤنثا معه فى كل خد زائدة جلدية طولها نصف قيراط تقريبا وغلظها كريشة غراب وكان معه ايضا ثنيتان آخريان امام الاذنين وغلظهما كذلك الا انهما اقل بروزا وصدفة الاذن اليسرى تكاد ان لاتكون موجودة وكان هناك انسداد تام لفتحتها وبالاختصار كان هذا الطفل جيد التكون ومتمتعا بصحة جيدة الا ان اقاربه اخذوه بعد بعض ايام بحيث لم يمكث عندنا بيت الملتقطين الا يسيرا

واظن ان المناسب ازالة هذه الزوائد الجلدية فى الايام الاول من الولادة لان الالتحام الذى ينتج من قطعها يكون اقل ظهورا بل يمحى ببطئ مع طول الزمن ويظهر ان واسطة ازالتها هو الرباط الذى يوضع مباشرة على محل اندغامها ولا ينبغى ان تشتبه هذه الزوائد بالاورام الناشئة من نمو الفطر الدموى الذى سنتكلم عليه فيما يأتى

وذكر اولفيير نوعا آخر لم يتكلم عليه بليار ويظهر انه نادر وهو الزوائد التؤلولية وكانوا يعتبرون سابقا اغلب الآفات الجلدية الخلقية زهرية اى ناشئة من الداء المبارك وان لم تكن فى الحقيقة ناشئة منه مع ان جميعها انما هو نظير مايشاهد بعد الولادة بكثرة ولا اعرف الى الآن حادثا من تلك الزوائد التؤلولية التى تستولى على جزء عظيم من سطح جسم الجنين الا هذا المثال وذلك انى سنة ١٨٣٥ عيسوية كلفت من وكيل الملك بفتح جثة طفل استخرج من البطن فى اليوم السابق وكان المراد معرفة سبب موته فكان على حسب درجة تعفن الجسم يظن ان انتقاعه فى الماء كان من مدة ثلاثة اسابيع

تقريبا ونمو هذا الجنين كان كنمو جنين تام الاشهر ولا حاجة لان اذكر لك
ما فى هذا الجنين مما هو خارج عن الموضوع الذى نحن بصدده وانما نقول
انه وجد على جميع الجزء المقدم لصدره وعلى البطن وسيما جزؤه العلوى عدد كثير
من التآليل لونها ابيض سنجابى وكثير منها فى حجم العدسة وكان لها
عنيق يختلف ظهوره والغليظ منها مشقوق فى اعظم سمك فيها فاذا ازيلت
عنها البشرة التى فصلها التعفن عن الجلد شوهد ان هذه الزوائد نافذة منها
لا ان البشرة مغطية لها وثبت بالتشريح ان كلا منها يأخذ اصله من سمك الادمة
الى المنسوج الخلوى الذى تحتها وكما وجدت هذه الزوائد على مقدم الصدر
والبطن وجدت منها ايضا على المنكبين وعلى العضدين الى المرفقين وسيما من
الجهة الوحشية والخلف قليلا وعلى الفخذين والاليتين كذلك من الوحشية
والخلف فقط فكانت هذه الاقسام كلها مغطاة من اليمين واليسار فى السعة
المذكورة بعدد كثير من تآليل صغيرة بحيث صار منظر الاعضاء من سطح
الجلد محببا ومنها ما كان مصفر اللون بحيث يظن من مسافة تما ان الجلد كله ملون
بهذا اللون وبقية اعضاء هذا الجنين كانت فى حالة سلامة

وهذه الآفة المذكورة وان قربت بصفاتها التشريحية من الآفة التى تشاهد
كثيرا فى اعمار مختلفة للحياة الا ان المحقق مخالفتها لها جدا بالنظر لنموها
لان التآليل التى توجد كثيرا على سطح الجلد لا توجد فى العادة الا على بعض محال
منعزلة عنه ولا تغطى كما هنا جزأ عظيما من الجسم شاغلا قسما واحدا فى كل من
الاطراف الاربعة على سبيل التساوى من الجانبين واما الامر الواقعى الفريد
الذى شوهد فى البالغين وله شبه بهذه المشاهدة فذكره بكلان سنة ١٦٤١
لانه شاهد جراحا معه على جميع سطح جسمه زوائد ثؤلولية كثيرة وقد شاهدت
مثل هذه الظاهرة فى مريض عمره اربعون سنة ومات بالتهاب مزمن فى العضلة
ابسواس فكان فى جميع الجزء المقدم للصدر والبطن الى محاذاة السرة عدد كثير
من تآليل صغيرة بعضها عريض القاعدة وبعضها ذو عنيق واخبرنى هذا
المريض ان ذلك فيه من زمن طفوليته بل يظن انها موجودة فيه

من

من وقت ولادته
وهذه المشاهدة ترد على من قال ان التاكيل لا تكون خلقية ونحن نقول انها قد تكون خلقية ويقوينا الحادث السابق الا ان يكون هذا القائل تمسك ببعض امثلة من نوع ما نسبناه للآفات الزهرية الخلقية لكن اقل ما يكون ان الالتباس هنا غير ممكن اذ لا مشابهة بين هذه التاكيل والانواع المختلفة من الداء المبارك واما حالة الام فيظهر لنا انه ليس فيها ما يفيد توضيحا لعلامة هذا الداء الغريب

وقد ذكر المؤلفون زوائد قرنية تتكون على الجلد وشوهدت هذه الزوائد في الكبار البالغين والعجائز مرات كثيرة بحيث لا يشك في وجودها فيهم من زمن الولادة لكن الظاهر انها نادرة جدا في الاطفال وسيما في المولودين ويكفي ان نذكر هنا ان هذا التغير الجلدى جائز في المولودين ويلزم في جميع الاحوال المبادرة بقطع هذه التولدات المرضية مع الاحتراس من ان يؤخذ مع ذلك جزء الجلد المندغمة عليه

وقد شوهدت ايضا اطفال مغطاة اجسامهم بزغب ووبر والعامة تعتبر المولود حينئذ بانه دب او تيس او ذئب او نحو ذلك وقد ولد عندنا بمدرسة الولادة طفل مغطى معظم جسمه بلطخ وحمية واسعة بنفسجية نابت عليها زغب وشعر كثير وكان منه ما يبلغ طوله نصف قيراط ولا سيما على الظهر والالية والفخذين حيث تكون اللطخ كبيرة بحيث كادت تعم تلك الاعضاء ومرتفعة عن الجلد ولذلك كان منها على الذكر لطخة كادت ان تعمه بحيث بلغ هذا العضو منها حجما عظيما كانه ذكر بالغ ومثل ذلك ايضا الصفن وكانت لطخ الوجه ايضا كبيرة تكاد ان تعمه وكان الشعر في تلك الاجزاء كبيرا وبالجملة كان هذا الطفل اعجوبة من عجائب المخلوقات بالنظر لتلك الوحمات والشعر النابت عليها ولا سيما ان الاجزاء السليمة من ذلك من جلده كانت قليلة وفي غاية البياض وكان الطفل جميل الصورة والخلقة لولا هذه الاجسام المشوهة النابتة عليه ولم يعش الا جملة اشهر ولما مات حفظت عندنا جثته بالمدرسة الطبية في سائل

من السوائل الحافظة للرحم ولم تزل باقية الى الآن بالحالة التى كانت عليها ويسهل علينا توضيح هذا الامر الغير الاعتيادى وذلك لان الجلد من اول الحمل الى وسطه لم يزل خاليا بالكلية من الزغب وانما حينئذ يغطى بكثير من هذا الوبر الذى اغلبه يسقط قبل الولادة بزمن ما وهو الذى يوجد فى الصاءة اى مياه الامنيوس بل وفى عق الاطفال احيانا فاذا لم يسقط وولد الطفل وهو نام فيه كان هو المولود المشعر ويبقى فيه بعد الولادة ايضا فيرى الوبر فى جسمه ووجهه واطرافه ولما كان ذلك مخالفا للعادة كان قابلا للمبالغة من العامة ومن ذلك ما اشيع زمن ولادة الطفل المذكور بين الناس انه ولد بمدرسة الولادة طفل فى صورة دب او ذئب او حيوان كذا وكذا وينبغى الاحتراس فى هذه الحالة من ان يوضع على الجلد وضعيات مخصوصة بقصد اتلاف هذا الوبر لان ذلك يعرض الجلد للتهيج ويوقع صحة الجنين فى الخطر والعادة ان هذا الوبر يسقط كلا او بعضا بعد الولادة بدون استعانة بدواء ولم يلبث الجلد قليلا حتى يفقد منظره وقوته الدافعة التى اكتسبها من النمو الغير الاعتيادى للمجموع الشعرى

واما الشعر فيختلف قلة وكثرة ولا تعظم مخالفته للعادة فى نموه الا نادرا ويصح ان يعد من خلاف العادة فى المجموع الشعرى وجود شعر فى الاورام التى تحت الجلد او اعمق من ذلك ومن العسر توضيح هذا الامر الغريب الذى شوهد كثيرا فى البالغين اكثر من المولودين والاطفال ويختلف قليلا بالنظر لتركيبها واما بالنظر لحالها فلا يوجد فيها كثير انخرام اى عدم انتظام وانما الامر العظيم الاعتبار هو وجودها فى اثناء المواد العسلية والشحمية المحوية فى الاكياس

واما التولدات القرنية العارضية فتشاهد بالاكثر فى العجائز فمن النادر جدا وجود شئ منها فى المولودين وانما توجد فى المتقدمين فى السن فاذا وجدت فى طفل تولدات قرنية ينبغى المبادرة بقطعها ما لم تمنع الحالة الراهنة له من فعل هذه العملية حالا

المبحث الثالث

فى تغيرات لون الجلد

تغيرات

تغيرات لون الجلد عظيمة الاعتبار ايضا كعيوب تكونه فقد ذكرها البر اطفال الاسود اولدوا من اصول بيض واطفال الابيض اولدوا من اصول سود وذكر ايضا انه شوهدت اطفال ولدوا وجلدهم منكت بنكت ولطخ وقد كانوا سابقا يعتبرون هذه الامور الخارجة عن العادة من النتائج الغريبة للطبيعة واما الآن فبحثوا عن توضيحها واستخراج اسبابها من المعارف التي اتضحت وظهرت في كيفية تولد الجنين وذلك لان الجلد لا تتضح في الازمنة الاول من تقلبات الجنين جميع الاجزاء التي تدخل في تركيبه لانه انما يكون حينئذ مجرد غلالة رقيقة شفافة كانها وصلة وامتداد من الوريقة الغرسية اى الامنيوسية التي يغشى بها الحبيل السرى فلا يميز فيه في تلك الازمنة الخط الفاصل له عن محل اندغام هذا الحبيل فيبقى رقيقا عديم اللون الى نصف الحمل فعند ذلك يزيد قوامه وسمكه ويزيد الدم في الشبكة الشعرية التي تحت الجلد فيكتسب جلد الجنين بذلك لونا ورديا واضحا فاذن يكون فيضان الدم نحو الجلد هو الذي يعطيه لونه ثم من التنوعات التي يكابدها الدم يكتسب الجلد الاصل الملون له فتحصل فيه انواع التلون التي يلزم ان توجد فيه على حسب نوع هذا الجنين

فاذا اتفق من سبب ما غير ممكن لنا توضيحه انه حصل للدم في دورانه في الجلد تغير خاص سواء في تركيبه او في سيره نشأ من ذلك اختلافات اللون والمنظر التي شاهدها المشرحون على سطح جلد بعض الاطفال ولاجل ايضاح ذلك نبحث اولا عن تغيرات اللون التي قد يكابدها الدم في منسوجاتنا عموما

فاولا قد ينقطع سير هذا السائل بغتة فيفيض في محل وقوفه ويخرج من مجاريه الطبيعية ويرسب بدون انتظام على السطح وفي سمك الاعضاء وذلك هو ما يسميه بعض المؤلفين باللطخ وبالنكت وبالانصباب الدموى الجلدى

وثانيا ان الدم يتراكم في عضو اما بمقتضى ثقله او بواسطة منبه التهابى وينتهى حاله غالبا بان يكتسب لونا بنفسجيا او اسمر او اسود وذلك هو ما يشاهد على سطح الرئتين او القناة المعوية ومن ذلك ايضا على رأى بلياز الخطوط

والصفائح السود التى تشاهد على سطح الاغشية المخاطية
وثالثا ان الدم قد لا يجهز للجلد اصله الملون اما لكون جزء السائل الدموى المعد لانتاج ذلك معدوما فى بعض الاشخاص اولان الشبكة الجلدية لا يمكنها ان تقبله فحينئذ يبقى كل من الجلد والشعر حافظا للونه الذى كان له فى الازمنة الاول عندما كان الجنين غير تام النمو فيشاهد فيه لون المبروصين
قال المؤلف فيمكن على مقتضى هذه الاعتبارات ان الاطفال الذين يولدون منكتين او منمشين او بيضا او سودا كانوا فى احوال بحيث ان الدم فيهم مدة الحياة داخل الرحم فاض وطفح حتى تكونت منه النكت والنمش اولم يجهز للجلد المادة التى تلونه فى العادة فيحدث من ذلك البرص اوانه كابد تغيرات فى اللون حتى حصل منه المنظر المسمر او المسود للجلد وذلك هو ماشوهد قريبا فى بالغ بمارستان الشفقة وبالجملة لا يعول على هذه الالوان فى بعض الاجنة قبل ان يبحث فيهم مع الانتباه حتى يحكم بان لون جلدهم خلقى املا فان الطبيب الجراح لونيه اعرض على سنة ١٨٢٦ جنينا ابن شهرين تقريبا وكان جميع جسمه اسود واخذه من شخص غير طبيب كان محفوظا عنده فى روح العرقى منذ عشرين سنة لكونه ظنه عبدا اسود وادعى لتقوية ذلك ان هذه القطعة التشريحية عنده عظيمة الاهتمام لكونه استخرجها بنفسه سابقا من بين عظام الحوض لكن لما رأينا شدة سواده وعلمنا ان اولاد السودان لا يولدون سودا اردنا ان نستعين فى تلك الحالة بالوسائط التشريحية فشرحنا بتشديد الرآه مع غاية الانتباه جميع اعضاء هذا الجنين فوجدناها مسودة ايضا كسطح جسمه وفى حالة فساد ظاهر فعلمنا ان اللون الاسود فى هذا الجنين انما كان ناشئا من فساد رمى حقيقى وقفت تقدماته يقينا بتجديد روح العرقى فى زمن حصل تغير اللون قبله وبالجملة تظهر حقيقة الحال بدون احتياج لبحث عميق

المبحث الرابع
فى الوحمات الامية

تسمى بنكت المولود وبالنمش الخلقى وباللطخ وهى حالة متوسطة بين عيوب

التكون

التكون والامراض الالتهابية فى الجلد وحقيقتها انها تغير مخصوص فى الجلد تارة يكون مقصورا على اللون وتارة يكون مع ورم سطحى وتارة يكون منهما معا اومن نمو عظيم فى المجموع الوبرى الذى فى المحل المصاب وعلى مقتضى ذلك ميزها بعضهم الى الانواع الثلاثة المذكورة التى ليست هى الا درجات مختلفة لمرض واحد واصل هذه النكت واسبابها مجهولة وقد اعتبروها مدة طويلة نتيجة تخيلات الام التى اصيبت بها مدة حملها بسبب مشاهدتهم فيها صورة حيوانات اومن اشتغال ذهنها بشهوات غريبة وبسبب تلك التخيلات سمتها الاطباء سابقا بالوحمات الامية واما الآن فعرف جيدا ان هذه التسمية غير صحيحة وغير نافعة

وصفتها التشريحية هى انها منسوج انتصابى وهى فى العادة لطخ ملونة تختلف سعتها وشكلها وتكون غير منتظمة وتختلف فى البروز عن الجلد ويمكن ظهورها فى اى جزء كان من اجزاء جلد المولود ولكن اكثرها توجد فى الوجه لكثرة وعائيته ولونها يختلف ايضا الا ان الاكثر ان تكون صفراء اوصفراء مسمرة اووردية اومحمرة اوكالحة اومزرقة اومسودة وهى الوان نشاهدها كثيرا على سطح اعضائنا وفى ممكنها اذا صارت فى مدة الحياة مجلسا لبعض تغيرات مرضية ثم اذا كانت مجرد نكت لم يجاوز التغير الطبقات السطحية للجلد التى هى مجلس للشبكة الوعائية فان كانت النكت مع ورم كان الجلد متغيرا الى طبقاته العميقة فان كانت النكت مع شعر كانت البصيلات ضخمة والشعر عظيما خارجا عن العادة قال بليار ويغلب على الظن ان هذه اللطخ ناتجة من تغير المادة الملونة للجلد المتعلقة مباشرة بالدورة الشعرية الجلدية كما اثبت ذلك بلنفيل فتكون نتيجة داء كان مجلسه اما فى الجسم الخاطى الجلدى الذى يرسب فى شبكته الوعائية مواد المادة الملونة اوفى الشبكة الوعائية نفسها فلذلك تحرر بعد تفتيش جملة من الاطباء ان هذه الوحمات اما لطخ تلونية اى مجلسها فى المادة الملونة واما نكت وعائية وقد ذكر هذا التنويع ووضحه جيدا الطبيب ريير فى كتابه فى امراض الجلد

فاذا كانت نكت المولود ناشئة من تغير فى المادة الملونة لزم ان لا توجد على جلد الجنين قبل الشهر الثالث لان هذه المادة لا توجد فى ذلك الزمن وانما فى نصف الحمل تقريبا يقبل جلد الجنين الدم بمقدار عظيم ويكتسب درجة عظيمة من التركيب قال بليار وما شاهدتها قبل هذا الزمن الا فى نحو عشرين جنينا ولم اجد فى واحد منهم لطخا خلقية غير ان ذلك انما هو دليل ضعيف للرأى الذى تمسكا به نهايته انه يستند عليه اذا تقوى بغيره من الامور الواقعية التى من هذا النوع

والجلد وان كان مركبا من اجزاء متميزة عن بعضها بحيث تيسر للمشرحين دراسة كل منها على حدته الا انه يقوم منه عضو واحد اجزاؤه التى تركب منها لها ارتباط قوى ببعضها بحيث يسهل ان يدرك ان داء احدها يدخل فيه غيره فتلا قد تكتسب بصيلات الجلد وشعره ازديادا فى النموّ مع حصول ذلك ايضا فى الشبكة الوعائية الجلدية ولذلك تغطى هذه النكت السمر او الحمر بشعر ملون بارز عن سطح الجسم بقلة او بكثرة ويمكن ايضا ان الشبكة الوعائية والجسم الحلمى للجلد يكابدان تغيرات غير متعلقة بالمجموع الوبرى فلذلك تكون هذه النكت مسمرة او بنفسجية وعظيمة الاهتمام ببروزها او منظرها الخشن ولا يتكون عليها شئ من الشعر وقد يتفق ان يحصل مجرد تغير بسيط فى اللون الطبيعى للمادة الملونة بدون تورم ظاهر فتكون هذه النكت صفراء او حمراء بنفسجية او نحو ذلك وتكثر فى الوجه والجذع والاطراف وهذه النكت الاخيرة تستحق ان تسمى بالنكت التلوينية اى الآتية من المادة الملونة لان النكت البارزة المغطاة بالشعر تحصل ماعدا ذلك من تغير منسوج جزء آخر من الاجزاء المركبة للجلد

ومن صفات النكت الصفر والسمر والحمر التى ذكرناها انها تقف بعد الولادة ولا تدل على عمل مرض ولا على حركة فساد فى التركيب فلا يحصل منها تعب ولا الم وانما تحدث تشوها قد يكون كريه المنظر اذا كانت فى عضو مكشوف غير مستور بالملابس فان كانت غير زائدة الارتفاع كانت مجرد تغير

فى المادة الملونة الجلدية فكانها بالنسبة للجلد رسوب اكتسابى ومع ذلك يمكن ان تدوم بدوام العضو الحامل لها ويندر ان يحتاج لازالتها بالكاويات او الآلات القاطعة مع ان هذه الآلات قد تبقى بعدها آثارا شنيعة اشنع من منظر النكت نفسها

واما النكت الوعائية التى يولد بها الطفل فبعكس ذلك ويكون منظرها محمرا وبارزا بروزا يختلف عظمه ثم تارة تكون بيضاوية عنبقية مكونة من منسوج انتصابى حقيقى وهذه تكون زاهية الحمرة ولها سطح محبب ولذلك قد تشبه عند العامة بالكرز والتوت الشوكى والفريز ونحو ذلك ويجرى ذلك على طبق مايعتقدونه فيها مما ذكرناه وتارة تكون قليلة الانتظام فى الشكل وموضوعة فى العمق تحت الجلد فلا يتكون منها الا اورام تختلف فى العظم وتكون قاعدتها عريضة وسطحها مخططا بفريعات من عروق انورسماوية يدلنا وجودها على السبب المحدث لها وعلى كيفية تكونها وهذه هى التى سماها الاطباء وسيما الطبيب بتيت بالسلع الدوالية وتسمى ايضا بالفطر الدموى وانورسما الشراين الصغيرة وبغير ذلك وتختلف عن الانورسما التفممية بكونها قد توجد بدون ان يكون لها اتصال بشريان ولا وريد واذا لمست لا يحس فيها بالضرب ولا باللغط اللذين يوجدان فى الانورسما الحقيقية ثم فى كلا الحالين هذه النكت البارزة عن الجلد الناشئة من الاتساع الانورسماوى للاوعية الصغيرة تحت الجلد يمكن بعد الولادة ان تتسع وتتقرح ويحصل منها النزفة مهلكة فلذلك يلزم حينئذ ان يبادر بمنع تقدمها او بازالتها من اصلها اذا سمح كل من سن الجنين وصحته بذلك ولكن الغالب فى الوحمات انها تقف مدة الحياة ومنها مايعظم ببطئ او بسرعة وتارة يقف بعد عظمه ولا يزيد ابدا او يقف زمنا ما ثم ياخذ فى العظم وربما تحول الى فطر دموى

وينبغى ان لايشتبه عليك الوحمة بالنكت الشقر التى توجد فى جلد بعض الاشخاص لان الوحمة تغير وعائى فى الجلد واما النكت المذكورة فهى تنوع موضعى فى افراز المادة الملونة من الجلد والغالب ان الوحمة تكون وحيدة

غالبا واذا تعددت كانت قليلة العدد فى الشخص الواحد واما النكت الشقر فلا حصر لها او الوحمة تصيب جميع الامزجة بدون فرق واما النكت فتختص باللينفاويين واصحاب الشعور الشقر
وقد ذكروا للعلاج الوحمات وسائط مختلفة فالطبيب ابرنيتى ذكر انه يستعمل وضع المبردات والضغط والطبيب بوايير تيسرله ازالة وحمة من الشفة العليا بالضغط عليها بالاصبع سبع ساعات فى اليوم وبغسل الورم زمنا فزمنا بالشب لكن هذا الضغط قد يعسر فعله وهو موجع ويكون غالبا عديم النفع واظن انه لا بأس بتجربته على الاعضاء التى يسهل ضغطها وتركه متى عرض عارض واوصى فبريس وبنيت وبيل باستئصال الورم بآلة قاطعة مع الاحتراس على ازالة جميع الاجزآء المتعلقة به قال بليار ويظهر ان هذه الواسطة انسب من استعمال الكاويات التى قد يعسر احيانا تحديد فعلها واظن انه يمكن تعاطيها بعد تجربة الضغط او عند عدم امكان فعله والجراح الانقليزى الشهير وردروب اوصى بربط الشريان الرئيس الذى تخرج منه الفريعات الوعائية المصابة ثم يستأصل الورم بعد ذلك وقد نجحت هذه الواسطة جيدا على يديه ويمكن بدون استئصال الورم ضغطه بعد ربط الشريان فان ذلك يعين على الامتصاص بدون ان يحصل فى العضو ضمور والطبيب لورنس ذكر فى رسالة له انه ادخل فى قاعدة الورم بواسطة ابرة خيطا مزدوجا وربطه من جانبيه بعد فصل الاطراف عن بعضها ثم شد الطرفين من اليمين ومن اليسار حتى حدد بذلك قاعدته وزاد فى الشد شيأ فشيأ بحيث تسبب عنه ذبول هذه الاورام الفطرية وفسادها التام وذكر هذا الطبيب امثلة من ذلك كثيرة ناجحة ويمكن ان تستأصل بلف الرباط على قاعدتها اذا تيسر بان كانت ذوات عنيق قال اولفيير قد ذكر الطبيب طارال فى رسالة جليلة عملها فى معالجة الاورام الانتصابية انه بحث فى الكيفيات المختلفة المستعملة لزوال هذه الاورام الى وقتنا هذا فاستحسن منها الكى فعلى رأيه يمكن ان توضع عليها البوتاسة الكاوية مع نجاح مهما كان حجم الورم ومجلسه والطبيب لالمند اعرض مشاهدات

كثيرة

كثيرة ينتج منها انه قد ينال فى بعض الاحوال زوال هذه الاورام بشق يعمل فى سمكها فبعد الالتحام تحصل اثرة تسبب انسداد الاوعية التى يقوم منها الورم وهو موجب ذلك يذبل ويزول بالكلية لكن الواسطة التى هى على رأيه آكد وتحرض التهابا فى الاجزاء المريضة وانسدادا فى الاوعية هى غرز الابر وتفعل بان يدخل فى الورم دبابيس مختلفة العدد بحسب الحال رقيقة طويلة سهلة الانثناء وتترك فى محلها حتى يحصل منها التهاب كاف وهذه الطريقة بسيطة جدا واستعملها منذ ظهرت كثير من الجراحين مع النجاح وهناك طريقة اخرى اعرضها عن قريب الطبيب لواد وهى زرق الكاويات فى سمك هذه الاورام وذكر لنجاح ذلك مشاهدات كثيرة لكن هذه الطريقة ليست قوية الفعل فى جميع الاحوال واحسن منها غرز الابر وبعض الجراحين اوصى بالحراريق لكن هذه الوسائط انما تؤثر على البشرة فاذن تكون غير نافعة وعلى كل حال لا يستعمل شئ من هذه الوسائط فى الايام الاول من الولادة لان الورم قد يقف الى البلوغ وانما يلزم الالتجاء اليها اذا ظهر فيه اول اعراض النمو والزيادة او الفساد لان تقدماته الآتية قد تهلك الشخص او تصير العملية اعسر واخطر

الفصل الثانى

فى امراض الجلد الغير الالتهابية التى تظهر مدة الولادة او بعدها

ينبغى ان نتكلم هنا على الاحتقانات الموضعية والعامة والنمش وبعض تغيرات فى اللون ففى هذا الفصل خمسة مباحث

المبحث الاول

فى الكدم

الكدم الذى يقال له باليونانية ايكيموزس ويشاهد فى اماكن مختلفة من جسم المولودين وهو نتيجة عادية للولادة الشاقة ويشاهد على الخصوص فى محاذاة الاعضاء التى انضغطت بقوة فى مضيق الحوض كالذى يشاهد عادة فى فروة الرأس ومع ذلك ينبغى ان نذكرهنا تنبيها مهما وهو ان هذا الكدم قد لا يكون

نتيجة انضغاط الرأس عند خروجهما من مضيق الحوض قال بليار ولقد رأيت بذرة سنها من اربعة اشهر الى خمسة تقريبا ووجدتها سليمة بالكلية واخبرتني امها التى ولدت على يدى ببيت الصحة الملكى انها استشعرت منذ خمسة عشر يوما بالآلام فى الرحم ومن مدة ثمانية ايام حصل لها نزيف كثير بحيث خافت من الاسقاط فلم تتمزق الاغشية وتيسرت مشاهدة الجنين من الصاءة اى مياه الامنيوس بسبب شفافيتها فوجد الرأس معلقا من الاسفل والارجل من الاعلى وشوهد فى طرف الرأس كدم عريض تسبح فى دائرته اوعية صغيرة متفرعة تفرعا جميلا فاظن ان هذا الجنين مات منذ ايام وصار السائل عند ذلك معه معرضا لقانون الثقل وان هذا الكدم فى جلد الجمجمة ظاهرة حقيقية رمية فلا يصح عده نتيجة الضغط وانما هو نتيجة الوضع المائل الذى كان فيه هذا العضو منذ مات الجنين لكن قد لا يكون الامر كذلك فان الطفل الذى يولد تام الاشهر بوضع من الاوضاع الاول يكون سبب الكدم فيه هو الوضع المائل وانضغاط الجزء المكدوم

وتحليل هذا الكدم يحصل من نفسه فى اغلب الاحوال غير انه اذا صحبه انتفاخ عظيم فى الجلد ينبغى المبادرة بازالته بوضع وضعيات محللة كمحلول موريات الصودا وخلات الرصاص او المطبوخ العطرى المقوى بموريات الامونيا الخ لكن من النادر جدا الاضطرار لمثل هذه الوسائط فان هذا الكدم والانتفاخ يزولان بنفسهما قال المؤلف ولى اعمال وابحاث تشريحية فى الحالة التى تكون عليها جلدة الرأس اذا كانت مكدومة وفى الزمن الذى يزول فيه هذا الكدم عادة وها هى نتيجة هذا البحث فى المبحث الآتى

المبحث الثانى

فى ورم فروة الرأس

ورم فروة الرأس قد يحصل من سببين كما قال قابرون امامن اوذيما اى رشح مصلى اومن تراكم سائل دموى فيها ففى الحالة الاولى لا يكون الورم محدودا ولا يرتفع على هيئة مخروط وانما يقوم من احتقان او تهيج عام فى جلدة الجمجمة

ويزول

ويزول بسرعة وفى الحالة الثانية قد يرتشح الدم احيانا فى المنسوج الخلوى اوفى الفريعات الاخيرة الوعائية فينسيل من جميع الجهات بالشقوق التى تفعل فى الجلد المسود المخطط وليس من النادر ان توجد جملة نقط دموية بين الحويصلات الشحمية واحيانا اخر يوجد انصباب دموى حقيقى بين الجلد والصفاق الجمجمى سوآء كان حصوله بالتبخير او بتمزق العروق الصغيرة فالدم حينئذ يكون مسودا جدا ازآئد السائلية محفوظا فى شبه كيس ناتج من انفصال جلدة الرأس وجميع الاجزآء المجاورة له تكون ملونة بلون احمر بنفسجى والعظام نفسها تتلون ايضا بذلك اللون الذى ينتج فيها من تندية السائل لها وقد رأيت فى طفل عمره ثلاثة ايام انصبابا دمويا من هذا النوع عظيم المقدار بحيث نتج عنه انفصال جلدة الجمجمة فى جميع سعتها عن العلبة العظمية ومات الطفل بالتهاب رئوى ووجد فيه انصباب دم كثير فى ظاهر الجمجمة بحيث تكون منه هيئة سكتة جلدية ويظهر لى ان من الرأى فعل شق مستطيل فى رأس هذه الاورام الدموية اذا اجريت المحللات ولم يحصل منها نفع

ووقت زوال الكدم والتحدبات من فروة الرأس كثير الاختلاف فقد رأيت اطفالا بقى معهم آثار من ذلك بعد خمسة عشر بل عشرين يوما ولكن الغالب زوالها بالكلية فى ثمانية ايام وذلك يكون على حسب سعة الكدم ومقدار الدم المنصب

وينبغى ان يحترس كما قال قابرون من اشتباه هذه الاورام بالفتق المخى اى الورم المخى فان الغلط فى جعل هذا الاخير ورما دمويا مغم مهلك وسنذكر الصفات المميزة لهما عن بعضهما عند الكلام على فتق المخ

وقد تشاهد فى المولودين اكدام اخر محدودة فى محال مختلفة من الجسم وتوجد دآئما فى المحال التى انهرست او انضغطت وتزول ككدم الرأس بتوارد الالوان التى تتوارد عادة على كل كدم مدة التحلل فى البالغين فتنتقل من اللون البنفسجى الى الاسود ثم الاصفر حتى تزول بالكلية ثم ان من اورام الجمجمة ورم يقال له سيفاليماتوم وقد عن لنا ان نذكره فى مبحث مخصوص وهو

المذكور على الاثر

المبحث الثالث
فى سيفاليماتوم

قال اولفييز لم يذكر بليار هنا الانصبابات الدموية المسماة سيفاليماتوم اعنى الاورام الدموية وتكلم عليها فى اواخر القرن السابق وسيما فى هذه الازمنة الاخيرة كثير من المؤلفين مثل لوفريت وسميلى وفرنك ونجيل وغيرهم وترك بليار اهمالها يدل على ندرة وقوعها وظن بارون انها توجد فى الاطفال بنسبة واحد لاربعمائة او خمسمائة

فالدم فى هذا الداء لا ينصب تحت الجلد وانما ينصب بين صفاق الجمجمة والعظام فيتكون منه ورم محدود غير موجع مرن رخو متموج لا يغيرلون الجلد ومجلسه الغالب فى احد الجدارين ويكون فى الايمن اكثر من الايسر وقد يكون فيهما معا وشوهد ايضا فى القمحدوة وفى احد القسمين الصدغيين والانصباب الدموى الذى يقوم هو منه لا يكون دائما خارج عظام الجمجمة فقد شوهد لكن على سبيل الندرة فى الوجه الباطن تحت الام الجافية فيقتضى ذلك تميزا الى ظاهر وباطن

والغالب ان السيفاليماتوم يظهر فى اليوم الرابع بعد الولادة وقد يوجد ايضا قبل الولادة واعظم مثال لذلك هو ماذكره بليار فى مبحث الكدم قريبا وهو ماوجده فى طرف الرأس من جنين عمره من اربعة اشهر الى خمسة والذى ساءنا كونه لم يشرح هذا الكدم مع غاية التفصيل ولم يبحث بطريق التشريح هل كان هذا الرشح الدموى تحت صفاق الجمجمة ام لا هذا ولم يتيسر لى هنا ذكر تشخيص هذا النوع من الورم بالنسبة لمقابلته وتميزه عن الاورام المكونة من فتق المخ والاستسقاء المخى الباطن المحدود وعن الاورام الانتصابية والعصبية وعن الاورام الفطرية فى الام الجافية وعن السلع والغدد لان هذا يطول بنا ويخرجنا عن الاختصار وانما نكتفى بان ننبهك هنا على ان السيفاليماتوم يتميز بالذات عن الورم المصلى الدموى الذى يتكون مدة طلق الولادة ويكون نتيجة له

لان السيفالبماتوم يشاهد بالاكثر اذا كان خروج الجنين سريعا سهلا
ومنشأ هذا الانصباب على رأى ميكاليس وغيره من الجوهر الاسفنجى من عظم
الجمجمة وبموجب ذلك يكون ناشئا من تغيراولى فى العظم ينجراحيانا
حتى يتلف صفيحته الخارجة ولم يثبت هذا الرأى بالمشاهدة فى معظم الاحوال
وذكر الطبيب فالكس حوادث تدل على انه قديوجد احيانا تغير واضح
فى المنسوج العظمى وربما افادت ايضا بعض معارف فى طبيعة وكيفية نمو
الحوية الصلبة البارزة التى توجد عادة فى قاعدة الورم واما على رأى نجيل
فالسيفالبماتوم ينتج من تمزق بعض اوعية دموية من اوعية العظم وبعضهم
نسبه لنمو غير اعتيادى لهذه العظام وبالجملة فهو غير جيد المعرفة لكثرة الارآء
فى منشائه واسبابه ولما رأى دبوة انه كثيرا ما تنتشر فروع وعائية فى جهة عظام
الجنين وتجتمع على الام الجافية والصفاق الجمجمى فى خلل الالياف العظمية
المتروكة فيما بينها توصل بهذه الهيئة التشريحية لظن ان مجرد انفصال السمحاق
يكفى لاحداث تمزق بعض اوعية الجوهر القشرى وللانصباب الدموى الذى
يقوم منه السيفالبماتوم ويزيد هذا الانصباب بسرعة فى الايام الاول التابعة
للولادة بسبب زيادة الفاعلية فى الدورة المخية بعد الوضع ثم فيما بعد يأخذ تعظم
العظم فى الزيادة والتقدم وينتج من تقارب الالياف العظمية لبعضها انسداد
الاوعية بحيث يقف تقدم الانصباب ويمكن ان يمتص شيأ فشيأ وهذا التوضيح
لاشك انه اقبل من غيره لكن بقى علينا دائما معرفة السبب الاول لفصل الام
الجافية او الصفاق الجمجمى لان التجربة تثبت كما قلنا ان الغالب يكون
السيفالبماتوم يظهر اذا كانت الولادة سريعة سهلة ولم يكن الرأس معرضا
لانضغاط شديد وقد نسب فالكس فى رسالة ثانية له السيفالبماتوم للانضغاط
العارض مدة الولادة وجزم بان الانصباب الدموى قد يكون ايضا تحت
الوتر العريض

وانذار هذا الورم يختلف كاختلاف الآراء فى سببه ويمكن ان تقول عموما انه
لا يكون ثقيلا اذا كان الورم من الظاهر اما اذا كان من الباطن فانه يحدث جميع

النتائج التي تحصل من انضغاط المخ وكلما كان الورم اكبر حجما كان اخطر واسرع اهلاكا

والعلاج المناسب له هو الضغط بانتظام وتدريج ويقوى فعله بالسائلات المحللة فاذا لم يزل بذلك في مدة عشرة ايام او اثنى عشر عمل شق فيه ليستفرغ السائل منه

المبحث الرابع

في هرس بعض اجزاء من الطفل ساعة الولادة

قد يضطر في انهاء الولادة لاستعمال العرى او جفت الولادة او الرافعة او الكلابات والصنانير فيحصل للطفل من ذلك غالبا هرس ورض تختلف سعته في محل واحد او اكثر من جسمه ويلزم الطبيب الانتباه لذلك بعد الولادة لانه قد يحصل منه التهاب حمرى (منسوب للحمرة) يخشى من تقدمه ومصاحباته هلاك الجنين ومن السعد ان هذه العوارض لا يخاف منها الآن لان صناعة الولادة صارت في هذا الزمن قائمة من كيفية توجيه سير وظيفة من جملة وظائف جسمنا وهى وان جاز ان يحصل فيها تضاعف او صعوبة الا انها لا تخرج عن كونها طبيعية كبقية الوظائف التي تباشرها اعضاؤنا كل يوم وتمارسها لحفظ حياتها

واما الاحتقان العام بجلد الجنين فيكون في العادة مرتبطا بآفة في الجهاز التنفسي وسنتكلم على ذلك في شرح امراض تلك الاعضاء

المبحث الخامس

في النمش في الاطفال

الداء النمشى النزيفى الذى سماه المؤلفون باسماء كثيرة يشاهد في الاطفال الضعاف الذين يتغذون غذاء رديئا والدورة الشعرية وقفت فيهم دفعة بسبب من الاسباب يعسر تعيينه بحيث تولد فيهم من ذلك انصباب دم يتوزع في سطح الجسم فيظهر من ذلك في الجلد عدد كثير من نمش ونكت صغيرة حمر بنفسجية محدودة جيدا وتقرب كلها للاستدارة

وهذا الداء الذى لا يصحبه فى العادة حمى ولاسيما فى الاطفال قد يكون بسيطا اى غير مصحوب باعراض عامة او خاصة لا عند منشائه ولا عند نموه وانتهائه وقد تصحبه اعراض تختلف فى الثقل كنزيف الاسناخ والمعدة والامعاء والمثانة بل قد يصحبه التهاب هذه الاعضاء قال بليار وقد رأيت هذا الداء فى مولودين كانا فى حالة ضعف وانحطاط زائد واضح احدهما عمره ثمانية ايام وعاش بعد زوال هذا النمش وكان زواله منه تدريجيا بحيث صار اسود ثم منتقعا ثم اصفر حتى زال والطفل الثانى اصغر من الاول واضعف واقل قابلية للحيوية ومات سريعا وها هى مشاهدته وهى انه حمل الينا طفل مؤنث واخبر من اتى به انه مولود منذ ثلاثة ايام وكان ذلك المولود قويا كبير الجسم واما لونه فبرقانى وتنفسه قليل الظهور وصياحه يعسر سماعه واطرافه السفلى اوذيماوية ووجهه وجذعه وساقاه وعضداه مغطاة بنكت بنفسجية تختلف فى الاتساع والاقطار فكانت من ادنى نقطة صغيرة الى ما يكون بقدر العدسة وكانت منبذرة على سطح الجسم بدون انتظام كالاخلية المصفرة التى بينها بحيث صارت هيئة الجسم نمرية اى كجلد النمر وبقى الطفل فى هذه الحالة الضعفية يومين وما شرب من اللبن الا بعض نقط ولم يزل صياحه ضعيفا وتنفسه قليلا الى ان مات فى تلك الحالة ومدة المكث كلها نحو يومين وفتحت جثته فى اليوم التالى فوجدت المعدة ممتلئة بكمية كثيرة من دم لزج اسود وسطحها الباطن كسطح المعا الصائم مبذور بنمش كثير شبيه بالذى فى ظاهر الجسم ووجد فى باطن القناة المعوية انصبابات دموية منتشرة فى محال مختلفة ووجد فى الغشاء المخاطى فى محل محاذاة الانصبابات اكدام نمشية مشابهة لنمش المعدة وآخر اللفائفى يحتوى على دم مسود منتشر واما المعا الغليظ فكان مجلسا للظهور اجربة صغيرة واضحة ويحتوى فى انتهائه على كمية عظيمة من الدم وكانت جدرانه سميكة متينة واما الطحال فكان عظيم الجسم جدا محتقنا بالدم وفيه قرب اندغام الاوعية القصيرة تمزق مستطيل سطحى ملتصقة على سطحه خلطة دموية يابسة ووجد فى التجويف البطنى قدر ملعقة كبيرة من دم يقرب للعقل ان انصبابه فيه

انما كان من تمزق الطحال واما القلب فكان كبير الحجم جدا ومحتقنا ايضا بالدم وفيه بين جوهره اندماس والوريقة المصلية المغطية له رشح مادة مصلية مصفرة وسطحه مبذور بالنمش كسطح البلورا ايضا وكانت القصبات الجنبنية لم تزل مطلقة والرئتان محتقنتين ووجد فى الكليتين والمثانة اكدام كثيرة وكان المخ مجلسا لاحتقان عظيم ووجد فى المنسوج الخلوى للاطراف وفى جلد البطن اكدام واسعة والدم المكون لها مرتشح ومنعقد فى خلايا هذا المنسوج وبالجملة كانت حالة هذا الطفل مشابهة للحالة التى شاهدها ورلوف فى البالغين وشاهدت مثلها ايضا وهذه التصعدات المختلفة ناتجة ولابد هنا من حالة امتلاء ولد فيها هذا الطفل وسببا احتقان الجهاز الدورى والتنفسى والموافقة بين التصعد الدموى فى السطح الظاهر اعنى الجلد والباطن اى الغشاء المخاطى تستحق مزيد الاعتناء والتنبيه

وقد اشاروا لعلاج هذا الداء بالمشروبات الحمضة المحللة ومن المناسب ولابد فى مثل الحالة المشابهة للتى ذكرناها اعنى حالة الاحتقان الدموى الواضح وضع بعض علق على المقعدة لاجل تقليل كمية السائل الدموى المالئ لجميع الاعضاء فاذا كان النمش بسيطا ترك ونفسه حتى يتحلل الكدم وغيره وقد شاهدت مرة على الاطراف السفلى لطفل عمره ثمانية اشهر وكان ضعيفا نحيفا ومصابا بالتهاب مزمن فى الغدد الماساريقية بعض كدم بنفسجى نشأ دفعة وكان شبيها بالنكت التى يقال لها اسكوربوطية وتظهر على اطراف الشيوخ الذين ضعفوا من التقدم فى السن ومن الآلام انتهى

خاتمة فى بعض تغيرات فى لون الجلد * تغيرات لون الجلد تكون فى الغالب نتيجة السن او الامراض فاذن لا توجد فى الاطفال الرضع الا نادرا ولكن لا مانع من اصابتهم فى هذا السن بالانواع المختلفة من النكت العدسية والشمسية والصفراوية والكبدية وغير ذلك لكن هذه التغيرات فى اللون عامة فى الاطفال والبالغين فى جميع الاسنان فلذلك لا نطيل الكلام فيها هنا بل نحيله على ما يذكر فى امراض الجلد عموما

الفصل

الفصل الثالث

فى التهابات الجلد الخلقية

بعض هذه الالتهابات يظهر فى الرحم ويولد الطفل بها وبعضها لا يظهر الا بعد الولادة ولنخص هذا الفصل بالالتهابات الخلقية اى الحادثة فى الرحم فنقول قد تكلم الاطباء من زمن طويل على اندفاعات كثيرة شوهدت فى جلد الطفل وقت ولادته وبعضهم بل كلهم يعتبرها من الداء الزهرى مع انها فى الغالب ليست منه فلذلك نجد فى كتب الامراض الزهرية امثلة من هذه الالتهابات الجلدية الخلقية وذكر القوابل شيأ منها فى كتبهم ايضا فمن ذلك اطفال ولدوا ومعهم داء الحصبة وذكر فوجيل انه شاهد فى مولود اثر الحصبة عند الولادة وشاهد دوجيس امثلة كثيرة من الالتهابات فى المولودين بيت الولادة وقال المؤلف رأيت فى مولود اريتيما على شكل صفائح صغيرة غير منتظمة مبذورة فى محال مختلفة من الجسم ومنظرها يمكن موافقته لمنظر الحصبة وقد سبق للمؤلف فى مبحث الفقد الخلقى للجلد امثلة مهمة للالتهاب والتقرح فى هذا الغشاء من الاجنة وذكرت هناك لفقد جلد الجنين فى بعض الاحوال ونذكرها هنا للموضوع الذى نحن بصدده اعنى الالتهابات الجلدية الخلقية وشوهد ايضا اصابة الجنين فى البطن بالجدرى فمن ذلك مثال ذكره جنير وكان موضوع المشاهدة طفلا من قرية يقال لها ولسنجريم وكان الجدرى تسلطن فى القرية فلقح جنير لام هذا الطفل وهى حامل به فى سادس يوم من شهر ميه سنة ١٨٠٨ فولدت فى الحادى عشر من شهر جوين اعنى الشهر الافرنجى الذى يلى الاول فكان على سطح جسم مولود اندفاع مبتدأ من الجدرى ثم فى اليوم الثانى من الولادة عرضت له بثور جدرية واضحة وبعد ثمانية ايام من ولادته مات الطفل بالتشنجات

قال المؤلف وقد رأيت بلوندرة فى التحف التشريحية للطبيب كوبر بمارستان جوى جنينا جيد الحفظ فى الكؤول وجميع جسمه مغطى ببثور جدرية واضحة وذكروا لى قصة هذا الجنين وهى عظيمة الاهتمام صحيحة

وذلك ان شابة عمرها ست وعشرون سنة اصيبت بالجدرى مدة كونها حاملا حملا ثانيا لها وكانت فى الشهر الخامس من الحمل وظهور العلامات المقدمة لهذا الداء فيها كان فى ٢٨ من شهر اووت سنة ١٨٠٥ عيسوية واندفاع البثور كان يوم الثلاثين منه ثم دخلت هذه المرأة فى بيت التداوى العام فى اليوم الثانى من سبتمبر اعنى الشهر التالى للاول وكانت البثور كثيرة مجتمعة كأنها كلها انشرة واحدة على الوجه والذراعين ومتفرقة على الجذع والاطراف السفلى حيث تشاهد بارزة محاطة بدائرة حمراء وكانت اعراضها العامة هى التى تصحب فى العادة الجدرى فروعيت بدوام اطلاق بطنها وتعاطى بعض مركبات افيونية وشرب المشروبات الباردة المحمضة ثم مضت مدة الداء وبعد التقشر بنحو عشرة ايام دخلت المرأة فى النقاهة وتيسر لها المشى واحست بحركة جنينها مرتين او ثلاث مرات لكن بعد ذلك لم تحس بحركة اصلا وفى اليوم الثامن والعشرين من شهر سبتمبر المذكور ولدت جنينا يظهر على حسب شكله وحجمه انه ابن ستة اشهر ويقرب للعقل انه مات من زمن ما لانه ازيل منه جلد بطنه ويديه وظهرت فيه علامة التعفن وشوهد على ظهره ومنكبيه وسيما على الجزء العلوى من فخذيه حيث كان الجلد محفوظا بعض بثور جدرية متميزة جيدا تعرف بحوافيها المستديرة البارزة قليلا وبمركزها المنضغط واما المشيمة فلم يبحث فيها

ويظهر ان هذه المشاهدة مهمة بالنظر لشيئين فانها من جهة تدل على اتصال اى عدوى امراض الام للجنين ومن جهة اخرى على امكان ظهور امراض فى الاجنة داخل الرحم شبيهة بامراض البالغين او الاطفال بعد ولادتهم وعندنا امثلة اخر شبيهة بذلك ولا حاجة لنا لان نذكر هنا اسماء الامراض الجلدية الخلقية التى شاهدها المؤلفون وانما نقول لك قد وجدت حالة مهمة من البمفجوس الخلقى شاهدها لوبستين بمدينة استرسبرغ وغلط دوجيس فى جعلها من الداء الزهرى واذا علمت ما سنذكره من صفات الامراض الجلدية سهل عليك ان تنسب الامراض التى تشاهد فى المولودين الى الرتبة والجنس

والنوع

والنوع المنسوبة له وعلاجها علاجا مناسبا

الفصل الرابع
فى الالتهابات الجلدية التى تظهر بعد الولادة

معظم المؤلفين لم يطيلوا الكلام طولا كافيا فى شرح الالتهابات الجلدية فى المولودين وفى الرضع مع انها كثيرة ومعرفتها مهمة حتى لاتختلط بالداآت الافرنجية الخلقية التى تظهر كثيرا على شكلها ولما نظرنا الى كثرة الرتب والاجناس والانواع التى جعلها المؤلفون ولاسيما ولان وباطمان لتلك الالتهابات الجلدية ورأينا فيها تعسرا ظاهريا وضعنا لسهولة دراستها طريقة كالتى جعلها الامرك للتفتيش على رتب النباتات المعروفة واجناسها وطوائفها ومن المعلوم ان هذا الماهر الطبيعى وضع للنباتات المعروفة اقساما متتابعة بحيث يأخذ الناظر لها من جملتين متخالفتين الجملة الموافقة للموضوع المبحوث فيه فيجد نمرة توصله الى جمل اخر متعارضة وهكذا حتى يصل الى النمرة التى تعطيه بالضبط شرح الموضوع المطلوب ويعرف منه رتبته وجنسه ونوعه ثم اردنا ان نتبع هنا تقريبا سيرا نحو ذلك فى ذكر التهابات الجلد فلاجل ذلك نذكر صورة جداول تبصر من اول وهلة فيها الصفات المتعارضة للرتب والاجناس من التهابات الجلد ونرتبها على حسب ترتيب ولان وباطمان مع التنويع الجديد الذى حصل فيهما من الطبيبين ريير وبييت واذا نظر اليه القارى يجد علامات ونمرا تحيله الى جداول متتابعة حتى يصل على التدريج الى صفات الرتبة والجنس للمرض المشاهد بالبصر واما نوعه فيؤخذ من الشرح التام للامراض المذكورة المخصوص بها الكتاب الثانى من هذا المؤلف ونعنى وفاقا للطبيب ريير بالتهاب الجلد كل مرض يوصف فى ابتدائه بتراكم دم فى قسم من اقسام الجلد اوفيه كله ويحصل عقب ذلك تحلل تام وتقشر اوافراز مرضى اوتقرح اوتيبس اوغيرذلك من التغيرات التى تصاب بها بنية الجلد ولكن هذا الفصل مشتملا على جدولين احدهما للاجناس والثانى للانواع وهاهو جدول الاجناس التى تتميز باعتبار صفاتها الظاهرة .

الجدول الاول
فى اجناس الالتهابات

١ الالتهابات الاجزنتيماوية

صفاتها * احرار تختلف شدته ناتج من تراكم مرضى للدم فى سعة مختلفة من الجلد مع انتفاخ او بدونه ومع عدم وجود ازرار ويزول عادة بضغط الاصبع ويرجع بزوال الضغط وينتهى بالتحلل او الغيبوبة او التقشر (انظر هذه الالتهابات فى حرف ا فى الجدول الثانى)

٢ الالتهابات الفقاعية

صفاتها * احرار تختلف شدته فى سعة مختلفة من الجلد يسبقه او يصحبه اورام صغيرة مكوّنة من تراكم مصل او مادة مصلية صديدية متراكمة بين البشرة والجسم الشبكى الملتهب ولكن الصفة الحقيقية لها هى انها اورام مائية شفافة غالبا (انظر هذه الالتهابات فى حرف ب من الجدول الثانى)

٣ الالتهابات الحوصلية

صفاتها * حوصلات شفافة مكوّنة من مرتفعات اى نتوّات صغيرة مصلية اصغر حجما من الفقاعات ناتجة من انصباب نقط مصلية بين البشرة والجسم الشبكى ويمكن ان تتمزق ويسيل السائل منها او يمتص سائلها ويصحبها او يتبعها اسلوخ سطحية تعقب قشورا رقيقة صفيحية (انظرها فى حرف ج من الجدول الثانى)

٤ الالتهابات البثرية

صفاتها * مرتفعات قطرها من نصف خط الى ثلاثة خطوط وتكون فى الغالب محدودة وغير شفافة ويحيط بها غالبا هالات ملتهبة وتكون مكوّنة من صديد راسب بين البشرة والجسم الشبكى وتنتهى غالبا بالجفاف او بالتقرح او التيبس (انظرها فى حرف د من الجدول الثانى)

٥ الالتهابات الحلمية

صفاتها * مرتفعات صغيرة صلبة مستديرة يختلط لونها بلون الجلد وفيها مقاومة ويصحبها اكلان تختلف شدته وتنتهى عادة بالتحلل او التقشر النخالى واحيانا بقروح صغيرة (انظرها فى حرف ه فى الجدول الثانى)

٦ الالتهابات الدرنية

صفاتها * مرتفعات اواورام صلبة محدودة تطول مدتها وتكون اكبر حجما من الحلمات وتنتهي بالتحلل اوالتيبس اوالتقيح الجزئي اوالتقرح (انظرها في حرف و من الجدول الثاني)

٧ الالتهابات القشرية

صفاتها * مرتفعات ونكت حمر ونتواتها متسعة وملمسها فيه بعض صلابة وتغطى دائما بقشور اوصفايح من البشرة المتغيرة وتنفصل دائما عن سطح الجلد (انظرها في حرف ز في الجدول الثاني)

٨ الالتهابات الدملية

صفاتها * احرار محدود اونقول ورم صلب اكبر حجما من الدرنات يظهر في المنسوج الخلوى تحت الجلد وفي داخل خلايا الادمة فيلهب تلك الاجزاء ويكون محدودا مؤلما عند اللمس ويصحبه تعجن ثم التهاب في المنسوج المذكور وينتهي غالبا بالتقيح وخروج ام القيح منه (انظرها في حرف ح من الجدول الثاني)

٩ الالتهابات الغنغرينية

صفاتها * احرار في الابتداء تختلف شدته والتألم منه قلة وكثرة ثم يصير بنفسجيا ثم قاتما ثم مسودا قليل الالم اوعديمه وينتهي سريعا بموت جزء من الجلد يختلف عظمه (انظرها في حرف ط من الجدول الثاني)

١٠ الالتهابات الحرقية اوالبردية

اى الناشئة من الحرق اوالبرد

صفاتها * احرار وتغيرات في المنسوج مشابهة للصفات العامة في الاجناس الاخر من الالتهابات ويظهر من اوجهها اصناف تختلف في الشكل والمنظر وتظهر عادة من افراط الحرارة والبرودة (انظرها في حرف ى من الجدول الثاني)

١١ الافات الزهرية

صفاتها * احرار مختلف وتغير في الجلد يعسر نسبته لشكل من الاشكال الاعتيادية للالتهاب وهي داآت عسرة الشفاء وتميل على الدوام للتقدم وللظهور ثانيا وتشاهد في المولودين حيث يقبلوا ذلك من الامهات المصابات بها (انظره في حرف ك من الجدول الثاني)

هذا وقد استطنا رتبة ذكرها بليار وسماها الالتهابات الخيطية وجعل صفاتها انها خطوط حمر منفصلة عن بعضها قليلة الشدة تتبع احيانا التهابات اخر وتظهر فى الجلد بهيئة تقاسيم خيطية وقال فى الجدول الثانى للانواع ان الالتهابات الخيطية تقاسيم خيطية قليلة العمق تظهر عادة فى عمق ثنيات الجلد اوقرب الفوهات الطبيعية للجسم وذكر ان انواع ذلك هى الشقوق ولقد تبع بليار فى ذكر هذه الرتبة الطبيب رير فى اول طبع لكتابه الذى فى امراض الجلد وقد رجع رير عن ذلك فى الطبع الثانى الذى طبعه بعد موت بليار فاسقط هذه الرتبة بالكلية وجعل الشقوق والفلوح متعلقة بالامراض التى نشأت عنها كالاريتيما والاجزيما والحزاز والابسريازس والدآء الزهرى وغير ذلك وهذا اقوى من الاول واذا وصلنا لشرح الشقوق مثلا نذكرها استطرادا وتبعا الا انها نوع مخصوص من هذه الالتهابات

وها هى انواع تلك الاجناس فى جدول ثان

الجدول الثانى فى الانواع التى لتلك الاجناس

(١) الالتهابات الاجزنتيماوية

١ نكت حمر قطرها من بعض قراريط الى جملة كثيرة وليس معها انتفاخ فى المنسوج الخلوى الذى تحت الجلد واحيانا تكون كثيرة العدد بحيث يتسبب عنها عموم اللون الاحمر للجلد وهذه اول درجة لالتهابات كثيرة جلدية ويظهر عادة هذا الاحمرار البرهى على الاعضاء التى تلامس فى الغالب البول والغائط (وهذا النوع هو الاريتيما انظره فى فهرسة الكتاب الثانى)	٢ لون احمر قاتم فى الجلد مع انتفاخ فى المنسوج الخلوى تحته لكن لا يكون هذا الاحمرار على هيئة صفائح صغيرة بل يكون واسعا محدودا لا بانتظام ويشغل باستوآء جزأ ما من الاطراف او الجذع او الوجه ويصحبه غالبا حمى واعراض التهابية ومخية والاحمرار قد يغير موضعه فلذلك يسمى انتقاليا او يعلوه نفاطات ويسمى حينئذ بالحمرة النفاطية وقد يصل الالتهاب للمنسوج الخلوى فيتقيح

ذلك

ذلك المنسوج ويسمى ذلك حينئذ بالحمرة الفلغمونية وقد تتكون خشكريشات وتسمى حينئذ بالحمرة الغنغرينية وقد تترشح الاطراف وتسمى حينئذ بالحمرة الاوذيماوية (انظر مبحث الحمرة فى الكتاب الثانى)

٣ نقط صغيرة حمر تتبدل حالا بنكت واسعة حمرآء قرمزية مسننة جهة حوافيها ثم تستديم تلك الاجزنتيا على هذه الصورة فيكون الجلد محرقا جافا قوى الاحساس خشن الملمس ويصير اللون اقتم فى المساء فيظهر كأن سطح الجسم ملطخ بعصارة التوت الشوكى ولهذا النوع ثلاثة ادوار دور التفريخ ودور الظهور ودور التقشر والذى يصحب هذا الدآء هو الذبحة البسيطة والذبحة الخبيثة (انظر قرمزية فى الكتاب الثانى)

٤ نكت بارزة اكثر انتقاعا من لون الجلد المحيط بها ويصحبها اكلان وتظهر اولا على الاطراف ثم على الجذع وتختلف كثيرا فى الشكل والعدد والسعة وهى تشبه النكت التى تحصل من مس النبات المسمى بالانجرة ويندر ان يعقبها التقشر (انظر انجرة فى الكتاب الثانى)

٥ الدور الاول * يشاهد فى اثناء اعراض الذبحة اوذات الرئة تولد نكت صغيرة حمر متميزة عن بعضها تقرب للاستدارة وتشبه قرص البراغيث وتظهر اولا على الجبهة ثم الذقن ثم الانف وهكذا ثم تسعى الى العنق

٦ نكت وردية تتشكل باشكال مختلفة ولا تبرز عن الجلد وتكون اوسع واقل انتظاما من نكت الحصبة ومنفصلة عن بعضها بمسافات كثيرة واحيانا يكون شكل النكت حلقيا وتكون اولا حمرتها غامقة ثم لم تلبث

والاطراف ويصحبها حمى واكلان
وحرارة شديدة فى الجلد
الدور الثانى * تظهر نكت اخرى
كانصاف دوائر تختلط بالاولى ويكاد
ان لا يحس الاصبع فيها بسطح بارز
ويوجد فيما بينها اخلية من الجلد تبقى
حافظة للونها الطبيعى
الدور الثالث * يعرض بعد زوال
الاحمرار باربعة ايام وخمسة تقشر
خفيف يصحبه اكلان عظيم (انظر
حصبة فى الكتاب الثانى)

قليلا حتى تصير وردية ويصحبها اكلان
لكن بدون تهيج ولا احتكاك
والالتهاب يكون اقوى انطباعا
مما فى الاريتما ولا يعقبها فى معظم
الاحوال تقشر وليست معدية (انظر
وردية فى الكتاب الثانى)

(ب) فى الالتهابات الفقاعية

١ فقاعة واسعة بدون هالة يسبقها
احمرار بسيط اريتماوى ويتلوها دائما
تعرية الجسم الشبكى الملتهب وتقيح
تختلف كثرته واحيانا افراز غشائى
الشكل مسبب عن التنفط
(وذلك هو ما يسمى بالنفاطة انظره
فى الكتاب الثانى)

٢ اورام متفرقة قليلة العدد مكونة
من انصباب سائل مصلى صديدى بين
الادمة والبشرة وتظهر على الاجزاء
التى يقع فيها احتكاك قوى ويصحبها
احمرار وحرارة واذا فتحت سال منها
سائل كدر
(وذلك هو ما يسمى بالفقاعات انظره
فى الكتاب الثانى)

٣ فقاعة واحدة او اكثر كبيرة الحجم
مصفرة شفافة وظهورها قد يكون
فى وقت واحد او تدريجيا وتنتهى بان
تنتشر منها مادة لينفاوية تجمد
فتكون على هيئة قشور صفراء او بان

٤ فقاعات صغيرة قاعدتها ملتهبة
وتكون قليلة العدد مفرطة مملوءة
بسائل يكون اولا مصليا ثم يكثف
حالا ويصير مدمما ثم يجف فيكون على
شكل قشور سوداء رقيقة او ناتئة

تقرح تقرحا سطحيا وتكون تلك الفقاعات فى الغالب مستديرة ومسبوقة بنكتة واحدة اونكت حمر ترتفع عن الجلد قليلا والهالات المكونة من دائر النكت الاريتيماوية تزول مدة نمو الفقاعات واما الجلد فلا يلتهب التهابا عميقا ولا يكون له ميل للتقرح العميق (وذلك هو مايسمى بالبمفيجوس الحاد والمزمن انظره فى الكتاب الثانى)

عن الجلد والجلد الذى تحت هذه القشور فيه ميل عظيم للتقرح ثم اذا تقرح تصير تلك القروح ضعيفة ونشاهد فى الاشخاص الضعاف الرديء التغذية وفى المخنزرين (وذلك هو مايسمى روبيا انظره فى الكتاب الثانى)

٥ حوصلات وفقاعات ملتهبة محاطة بدوائر حمر تظهر بالاكثر على جانبى الجذع وتكون على هيئة نصف حزام ويحصل منها اكلان شديد ثم تنفتح وتتقرح وتغطى بقشور صفرآء ومسودة

(وذلك هو مايسمى بالمنطقة انظره فى الكتاب الثانى)

(ج) الالتهابات الحوصلية

١ حوصلات كروية شفافة مملوءة بسائل عديم اللون اولبنى وحجمها كحب الدخن وتظهر جملا وصررا تختلف فى العدد على اجزآء مختلفة من الجسم ويصحبها تمليل ويفصل بينها خلال يكون الجلد فيها مجلسا لالتهاب

٢ حوصلات صغيرة قريبة لبعضها وتكون فى الغالب مبيضة وظاهرة جدا ويصحبها احرار وتوتر فى الجلد وتنتهى بامتصاص السائل المحتوية عليه اوبتمزقها فحينئذ تخرج منها مادة مصلية تختلف كثرتها والجلد

لا يمتد الا فى الخلايا التى بين الحوصلات التى يتكون منها كل صرة وهذه الصرر الحوصلية تكون غير منتظمة او مهيئة الى دائرة او اكليل (وهذه هى التى تسمى بالقوباء انظرها فى الكتاب الثانى)

يغطى بقشور سطحية مكونة من فساد البشرة وتجمد السائل المنفرز (وهذه تسمى اجزيما انظرها فى الكتاب الثانى)

٣ حوصلات معدية خالية من الحمى مرتفعة قليلا عن سطح الجلد ولونها يكون احيانا قليل الوضوح شفافا فى رأسها ويصحبها اكلان شديد يلزم الشخص بالاحتكاك على الدوام وتظهر بالاكثر فى ثنيات المفاصل (وهذه تسمى بالجرب انظره فى الكتاب الثانى)

٤ حوصلات مبيضة لؤلؤية فى حجم حبة الدخن تظهر بعدد كثير فى حالة وبائية ويصحبها حمى والتهاب معدى معوى واضطراب عظيم وعرق كثير نتن وتهيج شديد فى الجلد (وذلك هو ما يسمى بالنقط الدخنية او العرق الدخنى انظره فى الكتاب الثانى)

(د) الالتهابات البثورية

١ تحصل الحمى مدة اربع عشرة ساعة او ثمان واربعين ويصحبها اعراض تهيج معدى معوى ثم بعد ذلك تظهر نكت صغيرة حمر مستطيلة مسطحة كأنها اذا لمست حبة مفرطحة ويتكون فى مركز كل نكتة حوصلة بارزة تحتوى على خلط عديم اللون او ليمونى ثم بعد ذلك حالا تلتهب قاعدتها وتنفجر ويخلفها قشرة صفراء ثم تلك الحوصلات قد تكون مخروطية

٢ بعد حصول اعراض الالتهاب المعدى الرئوى المعوى الذى يدوم يومين او ثلاثة تظهر بثور تكون اولا محددة الرأس ثم تصير سرية لكن على التدريج وتكون تارة متفرقة وتارة مجتمعة وعند ما تكتسب شكلا سريا ويصير مركزها متقيحا يحمر الجلد وينتفخ انتفاخا عظيما ثم بعد ثمانية ايام او عشرة تبتدأ البثور فى الجفاف وتغطى بقشور مصفرة او مسودة

اوكرية اوسرية والغالب ان تكون مدة هذه البثور ستة ايام او ثمانية ولم يكن للبثور الاشكل واحد فى جميع ادوارها فهى دائما كما قلنا اما مخروطية اوكرية اوسرية
(وهذا يسمى بالجماق انظره فى الكتاب الثانى)

وبعد سقوطها يشاهد على الجلد نكت مستديرة لونها سمر محمر ثم آثار تختلف فى الانتظام ويعرض احيانا تلعب اى سيلان لعاب كثير والغالب ان مدة هذه البثور من اثنى عشر الى خمسة عشر
(وهذه تسمى بالجدرى انظره فى الكتاب الثانى)

٣ بعد ان يلقح فى الجلد السائل المأخوذ من البثور التى تظهر فى اثداء البقر يشاهد فيه بعد ثمانية ايام مرتفعات محمرة يظهر فيها حالا سائل يكون اولا شفافا ثم مكدرا وينبعج مركزها وتلتهب قاعدتها ثم يتحول السائل المحتوية عليه الى قشرة مسمرة تنفصل فى اليوم الثانى ويخلفها اثرة
(وذلك هو ما يسمى بالجدرى الملقح او البقرى انظره فى الكتاب الثانى)

٤ بعد ان تدخل المادة المعدية البقرية فى جلد اشخاص لقحوا من الظاهر او اصيبوا سابقا بالجدرى يشاهد فى ذلك الجلد بثور مستديرة حوافيها ممهدة اى مفرطحة وغير متساوية وغير منتفخة وتحتوى فى مركزها على خلط اصفر صاف وتلك البثور يصحبها اكلان غير مطاق فى اليوم السابع او الثامن وتكون بعدها قشور تسقط بدون ان تبقى بعدها اثرا
(وهذه تسمى بالجدرى البقرى الكاذب انظره فى الكتاب الثانى)

٥ بثور عريضة مرتفعة ذات قاعدة صلبة مستديرة ولون احمرازه وتكون فى الغالب متفرقة وتظهر على التتابع فى محال مختلفة من الجسم ثم

٦ بثور تتكون ببطئ فى وسط تيبس محمر واحيانا بنفسجى ويشاهد ظهورها على الخدين والجبهة والانف واحيانا تكون مختلطة بنقط صغيرة

تغطى حالا بقشور مسمرة ثخينة ملتصقة يتكون تحتها اثرة او قرحة وتترك غالبا بعدها تبسا مزمنا وتظهر على الخصوص فى الاشخاص الضعاف

(وهذه تسمى اكتيما انظره فى الكتاب الثانى)

سود مكونة من تغير فى الاجربة الوجهية واحيانا يزيد تيبس جلد الوجه بحيث يحدث فيه انتفاخ ولا تغطى هذه البثور بقشور اصلا وتجف غالبا بدون تقرح

(وهذه تسمى كو بيروز اعنى البثور النحاسية الوردية انظرها فى الكتاب الثانى)

٧ بثور صغيرة سطحية تنتشر بدون انتظام على فروة الرأس حيث تتسلطن فيها وحدها وتكون اولا رطبة غير منتظمة ثم يتلو هذه البثور قشور سنجابية او مسمرة ليس فى مركزها انبعاج اصلا وتوجد غالبا قطعها منتشرة فى وسط الشعر فاذا تراكمت القشور وجفت صارت صلبة والتصقت جدا بالشعر المختلط معها ويندر انتقالها باللمس اى فلا عدوى فيها

(وهذه تسمى بالسعفة الحبوبية انظرها فى الكتاب الثانى)

٨ بثور صغيرة على هيئة صرر غير منتظمة وتظهر على الوجه وفروة الرأس ويخرج منها بكثرة خلط يلوث الشعر ويلصقه وتكون اولا مبيضة قليلة البروز ثم تتمزق وتكون محاطة بصفايح حمر النهاية ويخرج منها سائل اصفر او مخضر يتحول الى قشور رقيقة صفراء تمتد بواسطة تراكم الخلط اللزج فيها حتى يتكون منها احيانا هيئة برقع

(وهذه تسمى بالسعفة المخاطية انظرها فى الكتاب الثانى)

لكن هذه السعفة المخاطية والتى قبلها اى السعفة الحبوبية ليس لهما صفات مخصوصة غير صفات السعفة الحقيقية اذ ليسا مكونين من بثور شهدية ولا ينتقلان بالعدوى فهما صنفان من الامبيتجوس كما سيأتى لنا فى الكتاب الثانى

٩ تظهر اولا ازرار صغيرة عديدة حمر ترتفع قليلا عن الجلد ثم تنقلب الى بثور صغيرة صفر تغطى رؤسها حالا بقشور ملتصقة بها جدا مستديرة بدون انتظام وتكون اولا صفراء ثم تصير سمرة وداء تماً منبعجة من رؤسها وهذه البثور تكون تارة منعزلة وتارة متراكمة وتشاهد بالاكثر فى فروة الرأس وقد تظهر فى اماكن مختلفة من الجسم وينتشر من القشور رائحة كريهة اذا رفعت ويوجد تحتها سلوخ صغيرة محمرة عدسية سطحية ويمكن ان يحصل منها اذا طالت مدتها داء الثعلب اى سقوط الشعر كلا او بعضا وسنتكلم على هذا الداء فى امراض الشعر فى الكتاب الثانى

(وذلك هو السعفة الشهدية انظرها فى الكتاب الثانى)

١٠ صرر مستديرة من بثور صفر صغيرة على فروة الرأس مرتفعة فى وسط نكت حمر ملتهبة وينفذ من مركز البثرة فى الغالب شعر ثم يكثف الخلط الذى فى البثور ويتكون منه قشور يكون الجلد تحتها احمر ملتهبا ويمتد الالتهاب الى انابيب الشعر ويسقط ذلك الشعر احيانا غير انه يخرج بعد ذلك واما القشور فلا تكون محفورة من مركزها والخلط الذى يسيل من البثور يكون داء تماً معديا ويلقح على التوالى اجزاء مختلفة من جلد الجمجمة ينتقل الداء اليها من اصابع المريض

(وتسمى هذه السعفة الحلقية انظرها فى الكتاب الثانى)

١١ بثور حادة الرأس تظهر على جلد الذقن وتنفصل عن قاعدة حمراء شديدة ثم تارة تظهر هذه البثور باكلان خفيف وبعد ذلك تظهر نقط حمر ثم تأخذ فى البروز ويبيض رأسها لكن يندر ان تجاوز حجم حبة الدخن فاذا تمزقت البشرة رشح منها ما يتكون

١٢ بثور صغيرة مجتمعة او متفرقة تظهر على اجزاء مختلفة من الجسم ولاسيما الوجه وفى الابتداء تكون نكتا صغيرة حمراء تظهر فى مركزها بثور صفر ليست حادة الرأس ويصحبها اكلان شديد وتتمزق بعد خمسة ايام او ستة فيخرج منها خلط اصفر يجف

منه قشرة قليلة الالتصاق ويحصل بهذه الكيفية اندفاعات كثيرة متتابعة فيشاهد الذقن وجوانب الرأس مغطاة بهذه البثور التي تجتمع الى صرر وتتسع قواعدها وتسمك وتزيد قشورها لكن لا تكون سميكة اصلا ولا شديدة الالتصاق والنسيج الخلوى تحت الجلد يلتهب ويصير احيانا مجلسا لفلغمونى عظيم الاهتمام بمنظره الاحمر الشديد

(وذلك هو مايسمى منتاجر اى البثور الذقنية انظرها فى الكتاب الثانى)

فيشبه العسل الجامد والرشح الذى يحصل تحت هذه القشور ويزيد فى سمكها واحيانا تتتابع جملة اندفاعات وبعد سقوط القشور يوجد الجلد تحتها بنفسجيا مغطى ببشرة جديدة التكون.

(وذلك هو مايسمى امبتجوس فانظره فى الكتاب الثانى)

(٥) الالتهابات الحلمية

١ ازرار صغيرة عديدة صلبة الملمس معتمة حمرآء او مبيضة تظهر اولا على الوجه ثم على الاطراف وسيما فى الاطفال الرضع ولا تتحول ابدا الى بثور ولا الى قشور ولا الى قروح الا انها قد تترك احيانا فى محلها تزهرا خفيفا يصحبه احيانا اكلان عظيم وقد تكون قليلة متفرقة مختلطة بنكت اواريتيما اى احمرار او تنتشر بعدد كثير فى جميع اعضاء الجسم

(وهذه تسمى استروفولوس انظره فى الكتاب الثانى)

٢ حلمات صغيرة قد تعسر مشاهدتها احيانا والغالب ان تكون حادة الرؤس يابسة الملمس ولا تحتوى على صديد ولا مصل ويصحبها احساس متعب وسيما فى الليل ويمكن ان تبقى زمنا طويلا وتمتد للوجه والى اجزآء مختلفة من الجسم ويندر ان يصحبها اعراض حمية وتكون متفرقة او مجتمعة فى اصول الشعر فاذا تمزقت جاز ان يتفرز منها خلط يتجمد الى فلوس صغيرة رطبة وكثيرا ما يصاحبها حوصلات او بثور وتعرف طبيعة

الداء دائما بوجود حلمات بجوار الفلوس
وهذه تسمى بالخزاز انظره فى الكتاب الثانى)

(و) الالتهابات الدرنية

١ حدبة واحدة اوحدبات كبيرة الجرم مفرطحة بارزة حمراء مسمرة كالحة تنتهى بعد جملة اشهر اوسنين بتقرح يفرز صديدا مختلطا بدم ويتكون من تجمده قشور ملتصقة بما تحتها صفراء متينة والتقرح يمتد فى العمق وتبقى حوافيه صلبة غير مستوية ويغطى على الدوام بقشور تسقط بعد ذلك بنفسها
(ويسمى ذلك لوبوس اى داء الاسد)

٢ حدبات متفرقة تبقى زمنا طويلا غير موجعة ثم تكون مجلسا للآلام واخزة ثم تصير بنفسجية وتتقرح وتكون حوافى القروح منقلبة صلبة اوفطرية ويسيل منها صديد مدمم وتنتشر منها رائحة مخصوصة بها
(وهذه تسمى بالسرطان انظره فى الكتاب الثانى)

٣ حدبات كثيرة عديمة الالم كالحة واحيانا يكون لونها كلون الجلد وتظهر بالاكثر على الاطراف وهذه الحدبات تتقرح احيانا وتغطى بقشور ملتصقة يتكون تحتها آثار التحامية والاعضاء التى تظهر عليها هذه الحدبات تكتسب حجما يختلف عظمه
(وهذه تسمى داء الفيل الرومانى انظره فى الكتاب الثانى)

(ز) الالتهابات القشرية

١ صفايح قشورية تكون فى الغالب مستديرة ولونها مبيض وتكون اولا قليلة البروز تشبه وريقات صغيرة ثم تتسع وترتفع وتبرز حوافيها المحاطة بدائرة حمرآء وامام مركزها فينبعج ثم بعد ذلك تتحول الى ازرار صغيرة حمر صلبة مجتمعة مع بعضها ولا تصير بثرية قط فاذا كانت بسيطة منعزلة اخذت فى الاتساع وتتابعت وتضاعفت وتبقى دائما حافظة لمنظرها المبيض المتفلس وشكلها المستدير وتغطى جزأ او اكثر من اجزآء الجسم لكن يظهر انها تكون بالاكثر فى محاذاة الاجزآء البارزة والمفاصل

(وهذه تسمى بالجذام انظره فى الكتاب الثانى)

٢ صفايح قشورية لا تكون مستديرة اصلا ولونها محمر وتكون اولا صغيرة قليلة البروز ثم تأخذ فى الاتساع والارتفاع لكن لا تبرز حوافيها ابدا ولا ينبعج مركزها ثم تكون بعد ذلك الى ازرار صغيرة حمر مجتمعة الى صبرر ويندر ان تكون منعزلة وتتضاعف بسرعة ويكون لها سطح محدود بدون انتظام وتختلط ببعضها وتظهر فى اجزاء كثيرة من الجسم لكن بالاكثر فى الجذع والوجه والرأس والتهاب المنسوج الشبكى يوصل للقشور لونا غامقا واحيانا تكون هذه القشور متشققة ولا تحاط ابدا بدائرة نحاسية

(وهذه تسمى ابسريازس انظره فى الكتاب الثانى)

٣ نكت صغيرة حمر خفيفة تغطى بقشور سطحية تنفصل على الدوام الى قطع صغيرة وقد تكون احيانا صديدية ويخلفها على الدوام قشور جديدة بشرية والمجلس الاعتيادى لهذه القشور هو فروة الرأس (ويسمى ذلك بتريازس انظره فى الكتاب الثانى)

(ح) الالتهابات الغنغرينية

١ قد يحصل عقب لدغ حيوان من الحشرات او وخز آلة من الآلات التي تقتل الحيوانات ورم اوذيماوي في جزء محدود من الجلد ويظهر في مركز هذا الورم كدم صغير بنفسجي بارز قليلا يتكون تحته تيبس عدسي يخلفه حالا هالة حمراء معتمة فيها تظهر غنغرينا الاجزاء التي تحت الجلد والفساد العميق فيها وفي مدة سير هذا الفساد يهزل المريض ويضعف ويحصل له غشي متكرر ويموت في مدة بعض ايام بل بعض ساعات (وذلك هو ما يسمى بالبثرة الخبيثة انظره في الكتاب الثاني)

٢ الاطفال الذين فيهم الدورة بطيئة والوجه والاطراف بنفسجية اللون باردة اوذيماوية يشاهد فيهم اولا في ابهام الرجلين وفي اصابع اليدين ثم في اجزاء اخر من الجسم احرار معتم بدون انتفاخ موضعي ثم يسمر الجلد ويجف وينكرش وينتهي حاله بان توجد فيه جميع صفات الغنغرينا والطفل في مدة سير هذا الداء تضعف حياته فيتنفس بعسر ويصيح مع تعب وتوجد فيه جميع العلامات المقدمة للموت مسبب عن الخناق بطئ (وهذه الحالة تسمى بغنغرينا المولودين انظرها في الكتاب الثاني)

(ط) الالتهابات الحاصلة من البرد والحرارة

١ يحصل في الجلد من فعل الحرارة او الكاويات اريتيما او حمرة او فقاعات او حويصلات او غنغرينا (انظر حرق في الكتاب الثاني)

٢ يحصل من البرد على الاعضاء البعيدة عن مراكز الدورة اريتيما مع احتقان في المنسوج الخلوي وفقاعات وشقوق وغنغرينا (انظر التجلد الالتهابي في الكتاب الثاني)

(ى) التولدات الجلدية الزهرية اى المباركية)

بعض انواع الامراض الجلدية التي ذكرناها قد تتصف بصفات الداء المبارك والمعروف هو ان الاندفاع يكون تابعا لاعراض اخر مباركية اى زهرية ويستعصي على المعالجة التي تقاوم بها الامراض الجلدية البسيطة ويميل

على الدوام لان يسعى ويتقرح ويكون منظره نحاسيا مخصوصا وينقاد لاستعمال الزيبق والمعرقات وغير ذلك من المستحضرات المحقق قوة فاعليتها فى الداء المبارك ويظهر فى الاحوال التى هى جديرة بان يظهر فيها الداء المبارك

ومع ذلك هنالك امر ينبغى اعتباره وهو ان اكثر ما يتصف فى الغالب بصفات الداء المبارك من الامراض الجلدية هو النكت الاجزتيماوية والبثور والحلمات والدرنات ونقول من جهة اخرى ان اكثر ما يعرض من الاعراض التى تحصل من استعمال الزيبق هو الآفات الجلدية بحيث يعسر جدا التشخيص والتمييز بين الاندفاعات الجلدية الزهرية والاندفاعات الزيبقية فلا يلزم ان يشدد على الطبيب فى ان ينتبه غاية الانتباه للبحث فى الامراض الجلدية التى توجد فى المولودين وان نراعى انهم محتاجون فى ايضاح تشخيصها للاحوال المذكورة المخصوصة بكشف اسباب الآفات التى دعى لمعالجتها فيهم وطبيعتها ونحوها لان صفاتها التشريحية تختلف كثيرا بل فى الغالب غاشة للطبيب ولا تكفى لاستناد حكومته عليها كذا قال بليار وقال اولفيير هذه الاعتبارات معقولة ومؤكدة بالمشاهدات الآتية التى ذكرها الطبيب برج فى كتابه فى امراض الاطفال وقال فى هذا الكتاب ايضا ما نصه هنالك مرض مهم يحصل فى جلد المولودين جديدا وصفته حصول حالة خاصة فى البشرة وهى انفصالها بادنى لمس من الاخمص وابهامى الرجلين وراحة الكف والاصابع بل واحيانا من جميع سطح الجسم وقد شاهدت مرة واحدة فقط هذه التعرية العامة لجلد طفل ولد عند تمام اشهره وكان ممتلئا بالحياة واما التعرية الخاصة باليدين والرجلين فقد رأيتها كثيرا وكان من الواضح لى فى جميع الاحوال ان الام كانت مصابة بالداء المبارك مدة حملها وهؤلاء الاطفال الذين اصيبوا بهذا الداء لم يعش احد منهم اكثر من اربعة ايام او خمسة فيهم وان ولدوا بعد تمام اشهرهم الا انهم كانوا ضعافا سقاما وبعد ان تعرت فيهم الاجزاء من البشرة التهبت ومن اجتماع هذه الحالة الالتهابية مع ضعفهم اختصرت حياتهم وحصل لهم

الموت

الموت ثم قال الطبيب برج ولا ادرى طبيعة هذا الداء ولقد شاهدت ان هذه الحالة التى فى جلد اليدين او الرجلين قد يصحبها اندفاع بثور فى اجزاء مختلفة من الجسم تختلف بالذات عن بثور الجدرى فى الشكل والمنظر وانما تشبه كثيرا بثور الجدرى البقرى نحو اليوم الثانى عشر او الثالث عشر من الاندفاع ثم لم يتيسر ابدا ان اعرف ما الذى تعلق بطبيعة وسير هذه الاجزتيما حتى تسبب عن ذلك سرعة موت الاطفال المصابين بهذا الداء الغريب انتهى ثم قال اولفيرومن فتح الرمة يتضح ولابد سرعة موت هؤلاء الاطفال مع ان الظاهر ان هذا الطبيب لم يبحث فى رمتهم التى هى ينبوع هذا الايضاح ولو فعل ذلك لتكلم عنه واما طبيعة الداء فلا يشك فيها بمقتضى حالة الام مدة الحمل فى جميع الاحوال التى شاهدها ومن الواضح ان هذه الآفة الجلدية كانت من الداء المبارك فطبيعته التى كانت مجهولة للطبيب برج قد عرفت وبقى نوع هذا الداء الزهرى مجهولا ولا يلزم التفتيش عليه فلو ادعى هذا الطبيب جهل هذا النوع بدل الجهل بطبيعة الداء من اصله لكان اوفق واحسن

وسنذكر اصناف امراض الجلد ونستوفى الكلام على شرحها وجميع ما يتعلق بها فى الكتاب الثانى ان شاء الله تعالى

الفصل الخامس

فى امراض الاجربة الدهنية الجلدية

الاجربة الدهنية الجلدية فى الاطفال المولودين عظيمة النمو وقد شرح بليار جيدا هيأتها ومواضعها فى الجلد بالنسبة لغيرها من الاجزاء المركبة له فى رسائل ومؤلفات مخصوصة وهى عظيمة البروز فى الوجه والصفن وقابلة لان تحتقن وتنتفخ فيتكون منها بروز يكون مركزه فى الغالب مسودا ويسمى هذا الداء فى كتب العرب بالبثور اللبنية قال فى الاسباب والعلامات فى شرح البثور اللبنية قد ينتشر على صفحة الانف والوجه بثور بيض كانها نقط لبن اذا عصرت خرج منها شئ شبيه بالسمن المنعقد انتهى وتسمى فى كتب الاوربيين بالمرتفعات الجرابية لكونها مكونة من تلك الاجربة واذا ضغط عليها خرج من

مركزها ماينشبه ام القيح وربما ظن انه دودة وهذا الداء نتيجة فساد فى الاجربة
والتهاب فيها ويكون فى الغالب قليل السعة ويزول بالتقدم فى السن ولا يستدعى
علاجا مخصوصا ومع ذلك اذا وجد من هذه الاجربة عدد كثير فانها تكون غالبا
مجلسا لاكلان شديد فيلزم ان يغسل الجلد بغسلات ملطفة وتستخرج ام القيح
منها المحوية فى تلك الاورام بالضغط او بواسطة ابرة وذكر فى الاسباب انها تعالج
بغسل الوجه بالمحللات فان كفى والاضمد بكل ما فيه تجفيف وتحليل كالخربق مع
نصفه ايرسا يتخذ منه لطوخ وبزر الكتان مع الورد والشونيز بالخل فان لم يكف
ذلك ضمد برماد الكرم مذوفا بالخل ويصح ان يعتبر الرشح الصديدى الذى يحصل
فى بعض محال من جلد الاطفال وسيما خلف الاذن تغيرا فى افراز الادمة التى
سطحها خال من البشرة فتفرز على الدوام سائلا يتجمد على هيئة قشور مصفرة
وذلك الرشح حالة جيدة فى الغالب لصحة الاطفال لانه علم من التجربة انه اذا زال
دفعة لم يلبث الحال قليلا حتى تعرض اعراض ثقيلة كالتهاب المخ او الرمد
ونحو ذلك فيلزم ان يقتصر على تنظيف الاعضاء المتقيحة وتعالج بخرقة او تفتيك
ناعم كذا قال بليار وسنذكر فى تشخيص الفيضان الدهنى عن ريبر
ما يقدح فى ذلك

وقد يحصل فى هذه الاجربة مرض يسمى الفيضان الدهنى وذلك لان من المعلوم
ان الجلد يفرز منه بالطبيعة مادة دهنية اذا دلكت على ورقة حصل منها فيها
ما يحصل من الشحم وتحترق بشعلة بيضاء ويبقى منها بعد الاحتراق بقية فحمية
فنعنى بالفيضان الدهنى الزيادة المرضية لهذا الافراز

الاعراض * هذا الداء وان جاز ان يظهر فى اى قسم من اقسام الجسم الا ان
اكثر مشاهدته فى الانف والحواجب وفروة الرأس حيث تشاهد الرطوبة
الدهنية الآتية من الاجربة كثيرة بالطبيعة والغالب كونه مقصورا على
هذه الاقسام لكن قد شوهد فى احوال نادرة امتداده لمعظم الجسم وله
درجتان احداهما انه اذا مر بالاصبع على سطح الجلد المصاب وجد لطيف
الملمس دهنيا فان كان عليه شعر وجفت هذه الرطوبة الخلية تكون منها وسخ

مسمر واما الجلد الذى يكون محلا لذلك فلا يظهر فيه احمرار ولا تغير وفوهات الاجربة لا تكون اوضح مما فى الحالة الطبيعية ومع ذلك قد تحس المرضى احيانا ببعض وخز وآلام فى المحل المصاب لكن ذلك نادر ويزعلون من مراعات غسل انفهم وجبهتهم وحواجبهم دائما اذا كانت محلسا لذلك ليزول منها هذا الطلاء الدهنى الكريه المنظر والدرجة الثانية نادرة وهوان تغطى تلك الاعضاء بطلاء اصفر فى قوام ومنظر صملاح الاذن والجلد يكون منتفخا دهنيا حول هذا الطلاء الخلى ورطبا فى بعض محال منه وفى بعض المحال يكون قوام المادة كالشمع الاصفر ويرى فى سطح هذا الطلاء خطوط تقسمه الى اجزاء اذا انفصلت من السطح بعارض ما اواستعين على سقوطها بالضمادات المرخية اوالانسكابات البخارية ظهر الجلد تحتها احمر مبذورا فيه نقط هى الفوهات المتسعة للاجربة ثم بعد بعض ساعات يغطى بطلاء جديد كالاول وتستشعر المرضى فى الجلد بوخزات مؤلمة ويندر ان ينتهى هذا الداء من ذاته ومدته فى الغالب طويلة كاشهر بل سنين ويرجع اعوادا فى المحل الواحد

الاسباب * هو نادر فى الاطفال وكثير فى الشباب وهو فى الاناث اكثر من الذكور وبالجملة فهو داء نادر وربما وجد مع الاوجاع العضلية وهو ليس بمعد

التشخيص * اذا كان الجلد المصاب بهذا الداء دهنيا ولم تجف عليه المادة لم يشتبه الداء بغيره اما اذا جفت وصارت طبقة مصفرة فانها قد تشتبه بقشور الاكنيوزس والاجزيما القشرية والبتريازس ونحو ذلك فاما الاكنيوزس فيكفى ان يتذكر انه مرض فى الغالب خلقى يعم جميع اقسام الجسم ويقل ظهوره فى الوجه ولا يكون معه الم ولا احمرار فى الجلد ولا يكون دسم الملمس وفوهات الاجربة لا تكون واضحة واما الاجزيما القشرية فيسبقها دائما رشح مصلى يرفع البشرة بخلاف الطلاء الشمعى فانه يرسب على السطح الظاهر للجلد واما القشور النخالية للبتريازس فلا يمكن اشتباهها بالصفائح القشرية الواسعة التى للطلاء الشمعى ولا يشتبه هذا الطلاء فى الكبار بالطلاء المبيض الشمعى الخلى الذى

يشاهد فى بعض المولودين جديدا واعتبره ريير رشحا صديديا وان كان مثله يكثر فى الاربيتين والابطين وخلف الاذنين وعلى فروة الرأس وفى جميع المحال التى تكثر فيها الاجربة الدهنية غير ان هذا الطلاء طبيعى غير مصحوب بالم وقدامر وا بتركه فيهم فتترك القلنسوة الدهنية التى تجف على فروة رؤسهم بعد الولادة بزمن ما لكن منع ذلك ريير وقال انه لا يوجد فى جميع الاطفال ولا يحصل من عدم وجوده او ازالته عوارض اذا روعى حفظ جسم الاطفال من البرد والرطوبة وقال بليار اذا ترك الطلاء الدسم لفروة الرأس ونفسه زاد سمكه والتصق بالشعر وجف وتشقق ثم ينفصل قطعا قطعا على هيئة صفائح وقشور وهذا مهما كان سمكه يمكن ازالته من رأس الاطفال بالغسلات والدلك الخفيف والضمادات المرخية

الانذار والعلاج * قال ريير قد شاهدت ان هذا الطلاء فى الانف والخدين وفروة الرأس استعصى على الانسكابات البخارية المائية والمسهلات وحصل منه سقوط شعر كثير من الحواجب وبقى حتى لم يمكن ان تحدد مدته واحسن وسائطه التى جربت لشفائه هى الانسكابات البخارية ومما نتج منه نتايج نافعة اقله فى الوقت الغسلات الشبية واستعملت فيه قوابض اخر كالغسلات الزحلية ومطبوخات العفص والبستورتا ومنقوع الورد فلم تنفع بشئ واما المسهلات فيلتجأ اليها فى معظم الاحوال عند الامر باستعمال الحمامات البخارية

ثم ماعدا هذه الآفات السابقة قد يحصل فى تلك الاجربة مايسمى بالاورام حقيقة وتنشأ تلك الاورام الجرابية من تراكم المادة الدهنية فى الاجربة فتوترها وهى التى تسمى عند العرب بالعقد والغدد وتكون شحمية وعسلية وصديدية ودهنية وتشتبه بالاورام الكيسية وتظهر فى اى جزء من الجسم يحتوى على اجربة واكثر مشاهداتها فى فروة الرأس والوجه والظهر وهى رخوة عديمة الالم غير متغير جلدها ومادتها كاللبن المتجمد غالبا وتكتسب ريحا نتنا اذا تمددت جدران الاجربة والتهبت التهابا عارضيا وقد يوجد مع المادة

بعض

بعض شعر ولعل باطمان شرح هذا الداء مسمى مولوسكوم حيث قال فيه
هودرنات عديدة قليلة الحساسية تظهر ببطئ وتختلف اقطارها من حبة
جلبان الى بيضة حمامة وتحتوى على مادة صديدية وشكلها يختلف فمنها
مايكون عديم العنيق وكرياً اومفرطحا ومنها مايكون ذا عنيق ولا يحصل
من نموها انخرام فى الجسم وليست قابلة للالتهاب ولا للتقرح وانما تبقى مدة
الحياة انتهى وبعضهم جزم ان مايسمى بوليبوس القناة السمعية الظاهرة
انما هو نمو مرضى فى جراب صملاخى والغالب ان هذه الاورام تكون متضاعفة
وتظهر دائما ببطئ ومتتابعة وصلبة غير متموجة واقل صلابة من الاورام
الشبيهة بالمخ التى جدرانها متينة فيها مقاومة قوية عكس الاورام الجرابية
ويندر ظهور هذه على الجذع والاطراف واسبابها مجهولة ويظهر احيانا ان
فيها هيئة وراثية وتوجد بقلة فى الاطفال وتكثر فى الشيوخ واما علاجها فهو
انه اذا كانت فوهة الاجربة متوترة ظاهرة ادخل ميل فى تجويفها ثم يضغط
عليها بعد اخراجه بدون ايلام فتخرج المادة التى فيها لكن لم تلبث قليلا حتى
ترجع فلاجل تمام شفائها تشق ثم تكوى اوتستأصل واذا شقت شقا واسعا سهل
استفراغها والالتهاب الذى يتبع العملية قد يعقبه شفاء تام واما الاستئصال
فسهل اذا لم تكن قديمة جدا ولا كبيرة الحجم واذا فعل الاستئصال فى فروة الرأس
جاز ان يعقبه حمرة ثقيلة ولذلك اختار بعض الاطباء تركها ونفسها ولا يقرب لها
بآلة قاطعة خصوصا اذا كانت كثيرة العدد ثم ان هذه الاورام فى فروة الرأس
تختلف بعدم ايلامها وبصفات اخر عن الاورام الشبيهة بالمخ وقد ينال شفاؤها
بان يحرض فى باطنها التهاب قيحى اما بواسطة خزام او بحقن مهيجة من العرقى
وهو الاحسن ويسهل كى هذه الاورام وسيما التى فى الاجفان سواء كان بالحمض
النتريك اوبزبدة الانتيمون اوالبوتاسة الكاوية واما الربط فنادر فى هذا النوع
واما مايسمونه بالحصوات الجرابية فهو ان يبدل افرازها الدهنى بكتلة صلبة
حجرية فقد وجد مكيل فى ولد صغير جميع الاجربة الدهنية التى على الحرقفة
مملوءة بحصوات صغيرة والجلد لما تغير صار جزأ منها ووجد فى طفلين من هذه

الحصوات بجملة فى جلد الجبهة واصل الانف

الفصل السادس

فى امراض المنسوج الخلوى

امراض هذا المنسوج ترجع الى التهابه وارتشاحه المصلى وقد يكون مجلسا لانصباب اوارتشاح دموى سوآء فى الاجزاء التى انضغطت من الطفل عند الولادة اوفى غيرها فيوجد الدم حينئذ مسكوبا بتجمير حقيقى دموى وهذه ظاهرة كثيرة الحصول كما سنشاهدها فى الاحوال التى يحصل فيها تعسر فى التنفس ودورة الدم وفى هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

فى التهاب المنسوج الخلوى

قال بليار الفلغمونيات والحمرة مجلسهما غالبا فى المنسوج الخلوى تحت الجلد وتكثر الفلغمونيات فى الاطفال الرضع وتفصل احيانا سعة عظيمة من الجلد عن الاجزآء التى تحته فقد شاهدت طفلا عمره شهران ونصف وجلد الجزء الجانبى الايمن من صدره انفصل عن ماتحته بسبب اصابته بالتهاب فلغمونى نشأ عنه تقيح كثير بحيث انحل الطفل منه ومات انتهى

وشاهد اولفيير خراجا تحت الجلد فى جنين له ثلاثة اشهر ونصف تقريبا عند ما كان يفتش عن سبب اسقاطه وعند التفتيش كان التعفن واضحا فيه مع كون جميع اعضائه معروفة ظاهرة وليس فى شئ منها تغير وانما وجد قرب النصف الايمن من الامام للعنق ورم فى حجم البندقة لونه ابيض مصفر يخالف اللون المحمر لجثته وكان ذلك الورم رخوا متموجا يمتد من قاعدة الفك السفلى الى المفصل القصى الترقوى الايمن فشق فى طوله فخرج منه صديد متجمد مبيض بدون رآئحة وكان موضعه تحت الجلد الذى بعد عن العضلات التى تحته ولم يتغير شئ من ذلك الجلد الذى هو امامه ولا ماحواليه ووجود هذا الخراج المصاحب لاندفاع الجنين قبل تمام اشهره مع عدم وجود غير ذلك من الآفات الثقيلة يحمل على ظن انه هو السبب للاسقاط لكن ذلك انما هو ظن وتخمين والافليس هنالك

مايحقق ذلك وان لم يكن في الرحم التهاب يدل على ان ذلك حصل من حركات عنيفة بادية وربما اختير ان هذا الخراج انما كان نتيجة فلغمونى ظهر من نفسه في الجنين المحوى في الرحم ومهما كان فهذا يدل على ان المنسوج الخلوى في الاشهر الاول من الحياة داخل الرحم وان كان غير تام التكون يكون قابلا لان يلتهب ويجهز مواد تقيح شبيهه بما يشاهد في الادوار المتقدمة في الحياة داخل الرحم وفيما بعد الولادة

والخراجات التى كانوا يسمونها بالباردة اى العديمة الالم كثيرة الحصول ايضا في الطفولية الاولى وتظهر خصوصا على الاطراف واذا اخذت في التقرح اكتسبت حوافيها الصلبة البنفسجية المقطوعة بانحراف منظرا كثيرا ما يظن انه من طبيعة زهرية

والمعالجة البسيطة المضادة للالتهاب هى المناسبة للخراجات الفلغمونية الحادة واما الباردة فيناسبها بعض اوضاع منبهة قليلا والضغط الخفيف والمخشكرات والغسلات القلوية او الشبية ولكن يلزم غاية الاحتراس في استعمالها واتباع القواعد المستعملة في كتب الجراحة في هذا الموضوع ويلزم ان يبحث هل هذه الخراجات عرض لامراض اخرام لا

والاوذيما اى الالتهاب المصلى في المنسوج الخلوى في الاطفال المولودين من المباحث المهمة في هذا الفرع فيحتاج لدراسة مخصوصة فلنخص ذلك بمبحث كبير وهو الآتى على الاثر

المبحث الثانى

فى اوذيما المنسوج الخلوى فى المولودين جديدا اى تيبسه

يقال في العادة ان الطفل متيبس اذا انتفخت اطرافه او عظم وجهه وتلون بغير لونه الاعتيادى ويستشعر عند مسه بمقاومة شبيهة بما يحصل من الضغط على جسم يابس فتيبس المنسوج الخلوى يعرف من اول الامر بمجرد اللمس والتعبير بالتيبس مبهم والبحث في الجثة بعد الموت يزيل ذلك الابهام ويستدعى تسمية ذلك بالاوذيما المتجمدة لا بالتيبس وقد انصف بعض اطباء هذه الازمنة

حيث شاهدوا ان التيبس المنسوج الخلوى صنفين احدهما تيبس المنسوج الخلوى الحقيقى وثانيهما تيبس المنسوج الدهنى الذى ذكره دوجيس ودينيس والوصول الى بيان هذا الصنف الثانى دليل واضح على تقدم معارفنا فى هذا الداء فعلى رأى الطبيبين اندرى واوفيتى ان المنسوج الخلوى المتيبس اذا شق بالمشرط يخرج منه كمية عظيمة من المصل المالئ المدد لخلاياه ويسيل منه بالضغط لكن يقال فى نفس المنسوج الخلوى الحقيقى بقطع النظر عن المصل المدد له هل هو صلب حقيقة كالمتحول الى منسوج كنسوج الشبكية اوالى اسقيروس اوهو منسوج شحمى جامد كانه صار مجلسا ونواة لاحتقان مزمن اوصلابة مندملة تقول لاشئ من ذلك يقينا فانه لايزال حافظا لجميع مرونته ورخاوته وخلويته واليافه لم يحصل فيها استحالة آلية ولم تزل فيها هيئتها التى هى شبكات وصفائح متصالبة غيران هذه الخلايا لما كانت متوترة جدا بالمصل ومملوءة فى الاطراف والجذع بكمية عظيمة من السائل كان ملمس هذا المنسوج صلبا وليس فيه صلابة حقيقية ولم يكابد من التنوعات الا التمدد الميخانكى وبالاختصار هذه الصلابة انما هى باعتبار حواسنا ومثل تلك الظاهرة يحصل اذا ملئت مثانة بالماء اوالزيبق بل اوبالهواء فاذا تمددت جدا بشئ من هذه السائلات استشعر من لمسها بصلابة ليست فى الحقيقة موجودة فى منسوجها لانه اذا طرح منها ثلث مافيها اونصفه صارت رخوة منخسفة وكذلك المنسوج الخلوى المتيبس فى المولودين جديدا فانه يأخذ فى التيبس بحسب الظاهر شيأ فشيأ كلما تراكم المصل فى خلاياه فبالتدقيق ليس هنالك تيبس فى المنسوج الخلوى فى المرض المسمى بذلك ويكون من الخطأ اتباع المتأخرين من المؤلفين فى هذه التسمية وماشاكلها كالاسقيروس الاوذيماوى ونحو ذلك لانها تشعر بتحول فى صفات المنسوج مع ان ذلك غير موجود اصلا وقد قلنا فيما سبق ان التيبس الظاهرى لاطراف الجنين يصح ان يكون مجلسه المنسوج الخلوى اوالمنسوج الدهنى فاذا كان تيبس الجلد ناشئا من رشح مصل فى المنسوج الخلوى كانت الاطراف دائما منتفخة اى فيها بعض

زيادة فى الجم واما اللون البنفسجى فى الجلد فيدل على الاحتقان الدموى فى اعضاء مختلفة والعلامات الواضحة لفيضان الدم فى القلب والرئتين والاوعية الغليظة هى عدم انتظام النبض وتعب التنفس

وتيبس المنسوج الدهنى يوجد مع رشح عام فى المنسوج الخلوى تحت الجلد اوبدونه فالخدان والاليتان وبطن الساقين والظهر هى المجلس الغالب لهذا التيبس وهو يشاهد مع تكدر فى الدورة والتنفس اوبدونه والغالب ان ذلك يحصل وقت اختناق الاطفال اى ضيق حنجرتهم عند الموت قال بليار وقد رأيت ظهوره ايضا بعد الموت فى جثة اطفال ماتوا بسرعة فاذا شرح المنسوج الدهنى حينئذ بالمشرط وجد متينا يابسا كالشحم الجامد وبالاختصار يكون فى قوام شحم الحيوانات المذبوحة ومن المعلوم ان المنسوج الدهنى يمكن فى بعض الاحوال ان يتجمد كذلك حتى فى مدة الحياة اذا ذهبت منه الحرارة الحيوانية باى سبب كان

ثم ان ترشح المنسوج الخلوى الذى يسبب فى المولودين التيبس الظاهرى لاطرافهم هل يختلف عن اوذيما الاطراف والجذع التى تظهر فى بعض الاحوال مع البالغين ويظهر لنا ان هذه المسئلة مهمة يلزم تحقيقها

فالطبيب بريشيه الذى يعتبر لهذه الاوذيما طبيعة مخصوصة بها استعان بمعارف بعض مشاهير الكيماويين فى عصرنا هذا وهو شفرول فى تحقيق حالة المصل المرتشح فى المنسوج الخلوى فى الاطفال المتيبسة وها هى عبارة هذا الكيماوى الماهر حيث قال قد تحققت فى الداء اليرقانى المصحوب بتيبس المنسوج الخلوى فى المولودين جديدا ان الدم مريض يوجد فيه جوهران ملونان لا يوجدان فى دم الاطفال الجيدى الصحة او اذا وجدا فيه كانا بكمية ضعيفة وما عدا ذلك يوجد فيه ايضا مادة تعطى لمصله المنفصل عن الجوهر الليفى خاصة تجمده من نفسه والقواعد الملونة توضح لنا لون المنسوج الخلوى النافذ فيه المصل فالمادة القابلة للتجمد من ذاتها فى هذا المصل توضح لنا تيبس المنسوج الخلوى اذا ثبت ان هذه المادة لا توجد فى دم الاطفال الجيدى الصحة او كانت

توجد فيه بمقدار قليل جدا وسوى ذلك ان هذه المادة قد تجمد فى المنسوج الخلوى كما تجمد فى المصل الذى استخرج من جثث الاطفال الذين ماتوا بالتيبس انتهى قال بليار ولما قرأت ذلك ظهر لى فيه تأملان اولهما ان الطبيب بريشيه جعل اليرقان وتيبس المنسوج الخلوى مرضا واحدا ولم يعط لشفرول الا اطفالا كانوا فى آن واحد متيبسين ومصابين باليرقان ولم يوجه هذا الكيماوى مشاهداته بالا كثر الاعلى المصل الاصفر وثانيهما انه يوجد فى كلام شفرول هيئة تخمين او تشكيك فلسفى نشأله من ضبطه وشدة قوته الحاكمة وذلك انه لم يؤسس رأيه الاعلى ان تيبس المنسوج ناشئ من القاعدة القابلة للتجمد بنفسها التى فى المصل ولقد عبر عن عدم جزمه بقوله ان هذه المادة هى السبب لهذا التيبس اذا ثبت انها لا توجد فى دم الاطفال الجيدى الصحة وانها قد تجمد فى المنسوج الخلوى كما تجمد فى المصل الذى يستخرج من جثث الاطفال الذين ماتوا بالتيبس ثم لا ينبغى ان يشتبه اليرقان بالرشح العام فى الجلد لان احدهما يوجد بدون الاخر كما يمكن ان يوجدا معا فاذن يمكن ان نعتبر المصل غير متعلق بالمادة الملونة التى يحتوى عليها احيانا

ولقد وضعت فى جفنة كما فعل شفرول مصلا مستخرجا من المنسوج الخلوى لاطفال متيبسين اى مصابين بالاوذيما فرأيت ان هذا المصل تجمد بنفسه وبعد تأكيد ذلك اردت ان اشاهد هل مصل الدم فى الاطفال الجيدى الصحة يتجمد ايضا ام لا فرأيت فيه حصول هذه الظاهرة ايضا وذلك انى اخذت جفنتين ووضعت فى احدهما مصلا مأخوذا من منسوج خلوى لطفل كان جلده متيبسا وفى الثانى مصلا مأخوذا من منسوج خلوى لطفل جلده غير متيبس فحصل التجلد فى الجفنتين فى آن واحد وكررت مثل هذه التجربة المزدوجة فى مصل اصفر مأخوذ من طفل مصاب باليرقان ومصل اخر غير ملون مأخوذ من طفل غير مصاب به فكانت النتيجة واحدة مثل السابق واستخرجت ايضا مصل منسوج خلوى من رجلى طفل عمره سنتان ومات بالتهاب معدى معوى صار منه مهزولا نحيلا واصيبت ساقاه بالاوذيما فبعد ان سكن هذا السائل

فى الجفنة نصف ساعة تجمد وشاهدت ايضا فى مصل مأخوذ من جثة كبير مصاب بالاوذيما ومات بآفة قلبية انه تجمد بعد ست ساعات فهذا التجمد الذى حصل من ذاته ليس خاصة لازمة لمصل المنسوج الخلوى الذى يقال فيه انه تيبس وبموجب ذلك يكون الشق الاول الذى ذكره شفرول من كون هذه الظاهرة تخدم لتوضيح تيبس المنسوج الخلوى كما تمسك به بريشيه ليس مناسبا ولنتأمل الآن فى الشق الثانى وننظر هل هو احسن من الاول او نقول بعبارة اخرى لننظر هل يمكن ان المادة القابلة للتجمد بنفسها الموجودة فى المصل تتجمد فى المنسوج الخلوى نفسه ام لا فنقول

ان الحرارة والسكون يعينان على تجمد المصل الذى يوضع فى الجفنة واذا حرك السائل الذى تجمد لم يلبث قليلا حتى يصير سائلا فاذن لا يصح ان نقول ان المصل الذى فى وسط المنسوج الخلوى يحصل له هدو وسكون عظيم وعدم حركة حتى يتجمد فيه وايضا فان حرارة الاطفال المتيبسين تكون فى الغالب منخفضة فينتج من ذلك ان الحرارة والسكون اى عدم الحركة اللذين هما اسباب معينة لتجمد المصل المستخرج من المنسوج الخلوى غير موجودين مدة الحياة فى وسط منسوجات المولودين

وهنالك طريق آخر فى الاستدلال على ان هذا التكاثف لا يحصل فى المنسوج الخلوى وذلك انه اذا عملت شقوق فى الاطراف المرشحة من طفل امكن بادنى ضغط ان يستخرج من المنسوج الخلوى مصل يخرج نقطا كثيرة سائلة فاذا سال المصل بهذه الكيفية رجع للمنسوج الخلوى الذى احتقنت به خلاياه وصار صلب المنظر لينه واسترخاؤه وزالت صلابة الطرف بعد ذلك الاستفراغ وقد اعدت هذه التجربة بنجاح تجاه شفرول فى جنين مصاب فى آن واحد بالبرقان والتيبس وكان فى جثته جميع الصفات التى كانت فى جثة من عمل فيهم تجربياته الاول وماعدا ذلك علقت جثة طفل متيبس من رأسه ليلة كاملة وفعلت فى ساقيه وقدميه تشاريط كثيرة ففى اليوم التالى تغطت جيدا هذه الاعضاء المشروطة بندى من المصل سال بنفسه فاذن لو كان المصل متجمدا فى اثناء

المنسوج المائى هو خلاياه لما كان مطيعا بهذه الكيفية لقوانين الثقل وللسائل هكذا باطلاق فنتج من هذه الاعتبارات كلها ان تيبس المنسوج الخلوى فى المولودين ليس هو الاجرد اوذيما مشابهة بالكلية لما يعرض للكبار والشيوخ المصابين بامراض الرئة او القلب او العروق ومن المعلوم ان اطرافهم المترشحة يظهر منها احيانا باللمس صلابة عظيمة جدا كصلابة اطراف المولودين فاذا كان الجلد مع ذلك ايضا شديد الحمرة فى الاطفال فذلك ناشئ من الحالة الطبيعية للاحتقان المصاب به الطفل وهذه الاوذيما يجوز ان تصيب الاطفال فى اى حالة كانوا لكن اكثر من يصاب بها الاطفال الضعاف والذين يولدون قبل تمام اشهرهم وتعرض غالبا فى الايام الاول من الولادة ويندر عروضها فوق الرابع او الخامس وزعم بعض الاطباء انها قد تظهر فيمن سنه شهر بل سنة لكن يقرب للعقل انه اشتبه عليه الحال فشاهد مرضا آخر ظنه تيبسا فى المنسوج كالاوذيما العامة القوية التى شاهدها بيدلوت والبرد والرطوبة يعينان عليها ومع ذلك كثيرا ما شوهدت فى الربيع والخريف وغيرهما بل وفى شدة الحرارة

بقى علينا ان نبحث بالتدقيق عن الاسباب التى تنتج هذا التيبس فى الاطفال وقد اختلف المؤلفون فى بيان ذلك ومن غير النافع ان نذكر لك التخيل الغريب الذى ذكره اوزمبرنوس حيث ظن ان الامهات اذا شاهدن التماثيل التى من الحجارة مدة الحمل تأثرن من ذلك بحيث لا يلدن الا اطفالا متيبسين وهذه خرافات لا تذكر وكذلك لا نطيل الكلام ايضا فيما ذكره البعض من ان ذلك ناشئ من عنصر دابغ قابض موجود فى مياه الامنيوس وانما المهم ان نتأمل فى التوضيحات المعقولة التى ذكروها فالطبيبان اندرى واوفيتى يعتبران من الاسباب الرئيسة لتيبس المولودين تأثير البرد على اجسامهم فيقطع التنفس الجلدى الغير المحسوس ويبطئ الدورة ويكثف السائل المائى والمصلى فى المنسوجات وسيأتى لنا بيان بعض تحقيق فى هذا الرأى الذى عارضه تروكون وقال ان البرد يقوى فى الغالب الدورة ولا يبطئها ومعظم المؤلفين ولاسيما الحكيم هلم جزموا بانه يوجد مع تيبس

المنسوج

المنسوج الخلوى احتقان او التهاب فى الرئتين مع علمهم ايضا بانه يوجد فى هذه الحالة احتقان ضعيف فى القلب والاوعية الغليظة واما اوندروود فانه ذكر بيانا مبهما وهو ان ذلك حاصل من تأثير الهواء الفاسد على الطفل المولود ونسب الطبيب بوم هذا التيبس ليبوسة العضلات وبذلك يعرف انه جعل النهاية للداء علامة مصاحبة والطبيب باليطه نسب سبب ذلك لافعال من الكبد وبريشيه اعتبره نتيجة تراكم مصل منفصل من الدم على بعضه وانه مرض ناشئ من بقاء ثقب بوتال ويظهر ان الطبيب ليجيرا اختار ان من اسباب هذا التيبس قلة نمو المجرى المعوى حيث يقرب دائما لان ينقص طوله عن العادة فى الاطفال المتيبسين ثلاثة اقدام واما دينيس الذى تكلم على هذا الداء كلاما مبهما فانه تعمق جدا اكثر من سابقيه فى بحث الاسباب وتوضيحها فرأى ان هذا الداء التهاب حقيقى اى تهيج اشتراكى تابع لتهيج الجهاز المعدى المعوى وسمى ذلك فلغمونى معوى خلوى قال بليار وانا لا اقول بذلك ولعل دينيس انما تكلف هذا البيان ليقرب لاصول الآراء الطبية الجديدة والطبيب بارون اعتبر من زمن طويل ان هذه الآفة كالاوذيما اعنى مجرد رشح مصلى فى المنسوج الخلوى هو عرض لتكدر او مانع فى سير الدم فى القلب والرئتين والاوعية الغليظة

فهذه عموما هى الآراء العظيمة الاعتبار الذى ذكروها فى طبيعة واسباب تيبس المنسوج الخلوى ولنعرضها على المشاهدات حتى نعلم موافقتها او عدم موافقتها فنذكر جملة من الامور الواقعية ونستخرج منها نتائج تخدم لمعرفة ما يعول عليه من الاسباب وطبيعة الداء وعلاجه لان هذه الكيفية هى الطريقة التى توضح بها هذه الاختلافات لما ان علم المشاهدات هو الذى يقوى الآراء ويرجحها فقد دخل فى سنة ١٨٢٦ عيسوية لبيت الاطفال الملتقطين بباريس ٥٣٩٢ طفلا مات منهم فى قاعات الطب والجراحة وقاعة الراحة التى توضع فيها الاطفال وقت دخولهم ذلك البيت ١٤٠٤ فمنهم ٧٧٧ ماتوا فى قاعات الطب تحت مراعاة الطبيب بارون ومنهم ٢٤٠ ماتوا

بالاوذيما اى تيبس المنسوج الخلوى فى قاعات المرضى وفى قاعة الراحة وها هو تقسيم هذا العدد على حسب اشهر السنة الافرنجية لمن دخل فى قاعات المرضى

جنفير	١٥
فورير	١٥
مرس	١٦
افريل	١٨
ميه	٢٢
جوين	٣
جوليت	٤
اووت	١٤
سبتمبر	١٠
اوكتوبر	١٦
نوفمبر	٢٩
ديسمبر	١٥
والاطفال المتيبسون الذين لم يدخلوا فى قاعات المرضى	٦٣
	٢٤٠

فبمقتضى ذلك يشاهد ان اوذيما الاطفال لا تحصل فى الشتاء فقط فيضعف بمقتضى ذلك توضيح اوفيتى الذى ذكر لهذا الداء حيث اعتبره نتيجة تكاثف النسائلات المصلية بالبرد فاذا قابلنا عدد جملة الاطفال المصابين بالتيبس اى الاوذيما مدة الاشهر الرئيسة للصيف بعدد المصابين مدة الشتاء نرى ان الفرق نحو النصف ولا يستنتج من هذا الحساب الا نتيجة واحدة وهى ان الداء يكون فى الشتاء اكثر من الصيف ولذلك دخل فى قاعات الطب مدة شهر جنفير وفبرير ونوفمبر وديسمبر اربعة وسبعون طفلا متيبسون اى مصابون بالاوذيما ولم يدخل فى ميه وجوين وجوليت واووت الا ثلاثة واربعون لكن لا تنس ان الامراض عموما تكون فى الشتاء اكثر من الصيف وبمقتضى ذلك

لا يستغرب

لا يستغرب من ان تيبس المنسوج الخلوى يكثر فى كلا الفصلين نعم عدم الانتباه للطفل ورطوبة ملابسه يعينان على برده سيما وحرارته يسهل انخفاضها جدا كما ثبت ذلك ايدوارواذا اضيف سوء اللبن اوالرضاعة الصناعية لشدة هذا البرد ضعف الطفل من ذلك ونقصت حرارته وقبل ان نبحث عن الاعضاء التى تكون فى الغالب اكثر اصابة بالامراض مدة هذا الداء وبعده نبحث اولا على مجلس المرض وظهوره وسيره فنقول

معظم الاطفال الذين ذكرناهم كان عمرهم من يوم الى ثمانية ايام ومنهم من جاء وقت الولادة ويظهر ان معهم هذه الاوذيما من ذلك الوقت وهذا تحقق سابقا عند الاطباء الذين كتبوا على هذا الداء وفى معظم هؤلاء الاطفال بل كلهم كان الجلد ملونا بالحمرة التى هى اللون المخصوص للمولودين جديدا اعنى قبل ان يظهر فيهم البياض ومعظمهم لم يبتدأ فيه تقشر البشرة اوانما ابتدأ عند ظهور الاوذيما ولم تكن تلك الاوذيما فى الجميع بدرجة واحدة فبعضهم تيبس فيه على التتابع الاقدام والايدى والاطراف والاقسام العانية والظهر والوجه وبعضهم كانت فى جميع اجزاء جسمه بدرجة قوية وبعضهم لم تكن الا فى قدميه اويديه اوساقيه والتيبس الجزئى كثير الوجود جدا وقد شاهد المؤلف ظهور هذا الداء بعد دخول المريض فى قاعات المرضى ببعض ايام وتيبس المنسوج الدهنى قد ينضم ايضا الاوذيما المنسوج الخلوى لكن الغالب ان يوجد الاول غير متعلق بالثانى

واما سير الداء فليس فيه انتظام ولا يوجد له دور ثابت وليس له ظاهرة مخصوصة تعلن بتحلله وانما تؤخذ اصنافه وتنوعاته من درجات شدته التى هى الظاهرات المهمة للمشاهدة فى الاوذيما العامة كما يوجد المنسوج الخلوى الذى تحت الجلد مرشحا بالمصل يوجد ذلك السائل ايضا منتشرا فى اجزاء اخر من الجسم قال بليار كثيرا ما شاهدت المنسوج الخلوى الذى تحت البريتون والذى فى الحجابين القاسمين فى الصدر والضفيرة المشيمية مرشحات بمقدار كثير من المصل انتهى واما بالنظر للحالة الظاهرة للطفل وتكدر بعض وظائفه كحالة

التنفس والصياح الحاد وبرد الاطراف ونحو ذلك فلم اشاهد فيها شيأ زائدا
لجميع هذه الظاهرات شاهدها المؤلفون جيدا وشرحوها وسيأتى لنا سردها
ثم قال بليار واما الظاهرات التى تصحب اوذيما الاطفال فاكثرها هو اليرقان
شاهدته فى ثلاثين طفلا وما وجدت فى واحد من هؤلاء ولا فى غيرهم آفة فى عضو
ثابت يمكن ان تستخدم لتوضيح هذا الاختلاف ولا نطيل الكلام فى الاسباب
التى تنتج عادة من يرقان المولودين جديدا فانها مسئلة تستدعى تأملات
مخصوصة فلنؤخرها الى محلها الآتى وانما يكفى هنا ان ننبه على ان احد
هذين المرضين اعنى اوذيما المولودين ويرقانهم قد يوجد بدون الاخر وان احدهما
ليس سببا ولا نتيجة للاخر وبموجب ذلك لا يصح دخولهما فى باب واحد
بقى علينا ان ننظر فى تأثير آفات الكبد فى تولد الاوذيما قال بليار وها هو ما شاهدته
فى هذا الموضوع وذلك ان فى تسعين طفلا متيبسين فتحت جثثهم مع غاية
الانتباه لم اجد فى الكبد حالة مرضية الا فى عشرين فعشرة كان معهم احتقان
دموى قوى جدا وكان الدم المالئ لهذا العضو اسود سائلا وكانت الاوعية
الغليظة البطنية محتقنة ايضا وفى بقية الجثة ايضا احتقان دموى عام وخمسة
اخر كان الكبد فيهم سهل التمزق محتقنا جدا والصفراء ثخينة تقرب ان تكون
متجمدة واربعة اخر كان لون الكبد فيهم ضاربا للزرقة والعضو نفسه متينا
يقاوم المشرط والطفل المكمل للعشرين كان معه التهاب بريتونى واحتقان
فى الكبد وانصباب مصلى دموى فى البطن فلا يمكن ان يستنتج من هذه
المشاهدات ان السبب الاعتيادى لاوذيما المنسوج الخلوى هو الاحتقان
الدموى او سهولة التمزق او الالتهاب فى الغشاء البريتونى او فى نفس جوهر الكبد
لانى وجدت هذه التغيرات التى ذكرتها فى كثير من الاطفال الذين ليس معهم
هذا التيبس كما لم اشاهدها فى كثير ممن معهم هذا الارتشاح المصلى
والتهاب الرئتين او احتقانهما احتقانا دمويا عده الطبيب هلم من اسباب
هذه الآفة الاوذيماوية بل يقال انه رأى كثير من مشاهير الاطباء اليوم ولا سيما
الطبيب باليطه بايطاليا فانه نسبه لتنفس غير تام فى بعض المولودين فنشأ

عن ذلك عدم كفاية الحرارة الناشئة وترتب على ذلك خدر وسبات وبرد جليدى فى الاطراف وتيبس فى المنسوج الخلوى فيكون هذا التيبس عرضا لضعف الرئتين ولقد اردت تحقيق ذلك من المشاهدات فبحثت فى حالة الرئتين فى سبعة وسبعين طفلا معهم هذا التيبس فثلاثة واربعون كانت رئتهم فى غاية السلامة والاربعة والثلاثون الاخر كان معهم حالة مرضية فى الجهاز التنفسى يختلف ثقلها ففى اثنى عشر منهم وجد احتقان وامتلاء رئوى وفى ستة وجد فى رئتهم تكبد تام اربعة منهم فى الرئة اليمنى واثنان فى الرئة اليسرى وفى ثلاثة التهاب بلوراوى رئوى وفى الباقى مجرد احتقان ضعيف فى الحافة الخلفية للرئتين وخصوصا حافة الرئة اليمنى ويكفى لتحقق ضعف تأثير هذا الالتهاب فى تولد الارتشاح المصلى فى النسيج الخلوى وضعف ما قاله الطبيب هلم ان توجد امثلة من التيبس اى اوذيما المنسوج الخلوى للمولودين بدون ان يكون هنالك التهاب رئوى او احتقان رئوى مصاحب له وسمى الطبيب والكس تيبس المنسوج الخلوى بالاسفكسيا البطيئة للمولودين وزعم ان هذه التسمية على رأيه توضح طبيعة هذه الآفة واسس على رأيه المعالجة بالاستفراغات الدموية الكثيرة والمداومة عليها بالمناسبة لكن قد علمت ان مشاهدات بليار تثبت انها لا تكون دائما نتيجة تكدر فى الجهاز التنفسى فاذا جعل ذلك سببا لها على الدوام كان انكارا لما هو واضح البيان

ولنبحث الآن فيما قاله بريشيه وهو ان التيبس ناشئ من بقاء ثقب بوتال وذلك ان فى السبعة والسبعين طفلا الذين ذكرتهم اربعين كان هذا الثقب منسدا فيهم بالكلية وثمانية وعشرين كانت القناة الشريانية نفسها ضيقة جدا بحيث لا يتأتى خروج الدم منها فسقط بذلك توضيح بريشيه فاذا وجد ثقب بوتال مفتوحا فى كثير من الاطفال المتيبسين فما ذاك الا لكون هذا التيبس يصيب بالاكثر الصغار جدا بحيث لم يمض عليهم عند ظهور الاوذيما زمن كاف لحصول التغيرات التى تعرض فى القلب والقناة الشريانية لتتم الدورة وينسد الثقب والقناة المذكورة فالظاهر انه ليس هناك ارتباط بين هاتين الظاهرتين

قال بايانا زثم اخذت فى قياس القناة المعوية من طفل متيبس لأتأكد صحة ما قاله البيرمن كونه وجد هذه القناة فى الاطفال المتيبسين اقل طولا مما فى غيرهم فلم اجد ما قاله صحيحا اما الكون مشاهدتى ليست جيدة وهذا بعيدا وان المصادفة لم تسعفنى بمشاهدة ذلك كما اسعفت هذا الطبيب وبالاختصار يظهر لى ان الفائدة فى معارضة ذلك قليلة الاهتمام واذا اعتمدنا فى آرائنا على مجرد تعداد الامور الواقعية ولم نراع فيها الاعتبارات التى تؤخذ من التعقل ومن التجربة امكن ان نقول كما قال دينيس ان اكثر ما يوجد من الآفات التى تصحب تيبس المنسوج الخلوى هو الالتهاب المعدى المعوى ويختار الارتباط الذى جعله هذا الطبيب بينهما غير انه لا يصح لنا ان نقصر انفسنا على عدد الامور الواقعية فقط وانما نزنها بميزان العقل والتأمل حتى تكون نتيجتها صحيحة مقبولة غير منازع فيها ففى السبعة والسبعين الذين جعلتهم عرضة لمشاهدتى كان فى خمسين منهم التهاب فى الطرق الهضمية يختلف شدة وسعة لكن ينبغى ان تعلم ان آفات اعضاء الهضم فى المولودين جديدا اكثر من آفات غيرها من الاعضاء واغلب الاطفال الذين يموتون فى بيت الملتقطين يكون موتهم بهذه الالتهابات وان اوذيما المنسوج الخلوى قد توجد بدون ان يكون معها التهاب فى القناة الهضمية ولا تنس ايضا ان تيبس المنسوج يكثر فى الشتاء وهو زمن تندر فيه الالتهابات الهضمية الكثيرة الوجود فى الصيف الذى هو زمن يكون التيبس فيه قليلا وهذه الاعتبارات كافية ولابد لمنع ارتباط هذين الداءين ببعضهما وبها يضعف رأى دينيس

والذى ينبغى الاهتمام بذكره هو ان معظم الاطفال المتيبسين يوجد فيهم احتقان دموى عام عظيم الاهتمام فالدم الوريدى يتسلطن بالاكثر فى منسوجاتهم والقلب يكون دائما محتقنا بالدم والاوعية الغليظة مملوءة به واذا شرحت جثة طفل مات بتلك الصفة سال الدم من كل جهة على حد المشرط وكون هذا الاحتقان العام ناشئا من كثرة السائل الدموى فى الجسم اعنى من امتلاء دموى خلقى اولى من كونه ناشئا من مانع ميخانيكى فى جزء من الاوعية المعدة

لسير الدم وايضا نرى الجلد عظيم الاعتبار بجفافه المفرط بحيث يظهر انه لم يتنفس من سطحه شيء من الرطوبات فيكون يابسا متوترا على المنسوج الخلوى المحتقن بحيث يظن انه يوجد فى تلك الحالة تكدر واضح فى الدورة الشعرية وان المنسوج الخلوى الذى هو كما قال الفسيولوجيون مجلس لافراز تنفيسى اى تبخيرى كثير جدا يحصل له فى الحالة المذكورة عوائق تمنع ممارسة هذه الوظيفة بانتظام وذلك اولا ان مواد افرازه تصل اليه بكثرة مفرطة لان الدم محقون حينئذ فى جميع المنسوجات وثانيا ان حالة جفاف الجلد ومنع التنفيس الجلدى بل ومنع التبخير الرئوى ايضا جميع ذلك يمنع اطلاق سيلان الرطوبة فتقف فى خلايا المنسوج نفسه الذى نشأت منه فتحدث من ذلك الاوذيما التى سموها بتيبس المنسوج الخلوى

وهنالك امر يقوى هذا الرأى الذى يجعل الاوذيما المذكورة نتيجة قطع التنفيس الجلدى وهو ان هذه الاوذيما تزول سريعا بالدلكات المهيجة على الجلد كالدلك بزيت البابونج المكوفر وبعض الصبغات ونحو ذلك واذا لف الطفل المتيبس فى خرق من صوف مسخنة توضع مباشرة على الجلد وجد الطفل فى اليوم التالى مغمورا فى تنفيس جادى كثير بحيث يصير احيانا على هيئة بخار سميك وتزول الاوذيما اى التيبس حينئذ كلا او بعضا قال بليار ولا ارى اختيار ما قاله دينيس من ان هذا الداء التهاب فى المنسوج الخلوى لان التهاب هذا المنسوج يحدث سهولة تمزقه ويسبب سريعا افراز صديد كثير يعرف بصفته المخصوصة به مع ان ذلك لا يحصل فى الاطفال الاوذيماويين فلا تكون اطرافهم فى العادة مجلسا الاورام ولا التهابات

استنتاجات عمومية * اذا تبعنا طريقة التفصيل والتحليل التى اوصى بها العالم الشهير بنيل فى دراسة الظاهرات الحيوية واختيرت فى الطب الجديد ايضا نرى ان القواعد الآتية هى التى يغلب على الظن صحتها

فالاولى هى ان تيبس المنسوج الخلوى للمولودين انما هو مجرد اوذيما مشابهة لاوذيما الكبار ويصح ان تكون موضعية او عامة ويلزم دائما ان تميز عن

تيبس المنسوج الدهنى

والثانية ان هذا الداء يكون فى الشتاء اكثر من الصيف ويكون فى المولودين جديدا اكثر من الاطفال المقدمين فى السن ويكون سببه المهىء له اولا عائق فى سير الدم ناتج من كثرته فى الجهاز الدورى وثانيا احتقانه فى المنسوج الخلوى الذى يجهز هوله كثيرا من مواد الافراز وثالثا تأثير الجلد من الفاعلات البادية التى توقف التنفيس الجلدى بدون ان تكثف السائلات المصلية فبذلك تعين على تراكم المصل فى المنسوج الخلوى واما الاحتقان الدموى فى الكبد والرئتين والقلب وبقاء الفوهات الجنينية منفتحة اوانسدادها فليست اسبابا وحيدة لازمة لهذه الآفة فتعتبر هنا ظاهرات مصاحبة اواحوالا تابعة لداء يمكن ان يوجد بدونها كما يشاهد ذلك كثيرا فى التيبس اى الاوذيما الموضعية

الثالثة اذا كانت الاوذيما عامة ووصل الاحتقان المصلى الى درجة زائدة جاز ان يحصل فى كل جزء من اجزاء الجسم يوجد فيه منسوج خلوى تكدر فى الوظائف التى تتم فيه فلذلك يصير المزمار اوذيماويا وتصير الرئة مع ذلك ايضا مجلسا لاحتقان شديد فيكون صياح الطفل دائما شاقا حادا مخنقا ويسهل ان يوضح بطىء الدورة برد الاطراف والضعف والهبوط الذى يقع فيه المريض وربما وضح به ايضا بعض الاعراض الاخر التى ذكرها المؤلفون وستأتى

الرابعة ان الوسائط العلاجية التى تستنتج من الاعتبارات السابقة هى اولا ان يقاوم الامتلاء العام ببعض استفراغات وثانيا ان ينبه الجلد بالدلك والمروخات المهيجة واستعمال خرق الصوف والاستعانة بجميع الوسائط المخصوصة بارجاع التنفيس الجلدى واما الاستحمامات البخارية التى وضع لها بيلجورت جهازا جميل الاختراع فى بيت اللقطاء فلا ينتج منها على حسب تجربيات الطبيب بارون نتايج نافعة كنفع الدلك بالصوف ووضعه على الجلد اذ تنفس الطفل مدة مكثه فى حمام البخار قد يكون احيانا متواترا شاقا وشوهد انه حصل عقب استعمال هذه الاستحمامات احتقانات دموية وانصبابات

فى

في الرئتين او المخ

فهذه هي المستنتجات التي تستخرج طبيعة من الاعتبارات والمشاهدات المذكورة في هذا المبحث ثم نتم الكلام بذكر امر ينبغي التنبيه عليه وذلك انهم من مدة طويلة نسبوا كثرة موت المولودين الذين حملوا الى بيت اللقطاء لتيبس المنسوج الخلوى ونظن ان ذلك غلط فانه كثيرا ما يوجد مع هذا الداء آفات في المخ او الرئتين او القناة المعوية مع ان هذه اثقل واخطر واكثر اهلاكا من الاوذيما فان عدد من مات من الاطفال بهذه الاوذيما اى تيبس المنسوج الخلوى بدون ان يوجد مع ذلك آفة ثقيلة في بعض الاعضاء بلغ في سنة ١٨٢٦ عيسوية خمسين وها هو بيانها في دفتر الموتى بالمارستان

جنفيير	٨	جوليت	٠
فورييه	٢	اووت	٢
مرس	٤	سبتمبر	٢
افريل	٨	اوكتوبر	٣
ميه	١٣	نوفمبر	٠
جوين	٤	ديسمبر	٤

واكثر من دخل المارستان من الاطفال المتيبسين كان في شهر ميه وشهر نوفمبر وكان موت معظمهم وخصوصا في الشهر الاخير بآفات ثقيلة جدا في اعضائهم وسيما الرئة لا من الاوذيما اى تيبس المنسوج الخلوى

فاذا كانت الاوذيما موضعية او كانت عامة لكن قليلة الوضوح لم يلزم اعتبار هذا الداء مهلكا ولا يصير كذلك في الحقيقة الا اذا سبب او دام او ضاعف بآفة في عضو من الاعضاء الرئيسة للحياة وذكر بعض الاطباء حالة نزيف من السرة عرض في اليوم التاسع بعد الولادة لطفل مصاب بتيبس في المنسوج الخلوى محدود في القسم الخلفي واستعملت جميع وسائط ايقافه فلم تؤثر شيأ وتجدد النزيف اربع مرات ومات الطفل بعد حدوث العارض بثنتين واربعين ساعة ولما فتحت جثته وجد الشريان السرى الايمن مفتوحا ووجد الشريان السرى

الايسر والوريد السرى منسدين بخلطة من دم جامد بارزة نحو السرة فهل كان
سبب بقاء النزيف هنا هو تيبس المنسوج الخلوى ظن صاحب المشاهدة
ان تراكم المصل فى الجزء السفلى من جدران البطن سبب ضغطا على الشرايين
الصغيرة التى تنفذ فى هذه الجدران فلم تقدر تلك الفريعات الوعائية على قبول
الدم الذى ينفذ اليها عادة فذهب هذا السائل نحو الفروع الكبيرة وفاض
بمقدار عظيم من الشرايين السرية التى هى فى هذا السن هى الشرايين الرئيسة
للعوض واذ قد عرفت مستنتجات هذه المشاهدات وتصورت منها بعض
اعراض الداء فلنسرد لك تلك الاعراض وغيرها مما يشاهد فى سيره فنقول
ان الصفات التى تعلن به هى ان يحصل من الطفل هجر للرضاع وصياح له صفة
مخصوصة واضطراب مستدام ليس معه الحركات التشنجية وجفاف فى الجلد
وهبوط فى درجة حرارته وسيما الاجزاء التى ستصاب به والعادة ان الداء يبتدأ
بالاطراف البطنية وقد يبتدأ بالاطراف العليا والغالب ان الخدين يصابان
مع ذلك بالانتفاخ ايضا فاذا كان سير الداء سريعا اصاب البطن والصدر
وان قيل ان الداء لا يمتد لذلك اصلا والانتفاخ فى الاطراف يكون دائما
عظيما ويميز بشدة الصلابة ويصيب بالاكثر الجزء الوحشى من الساقين بحيث
يظن بمجرد النظر ان فيهما اعوجاجا ويكون الجلد المغطى للاجزاء المصابة
بالتيبس وردياقليلا او احمر غامقا او بنفسجيا او منتقعا واذا ضغط عليه بطرف
الاصبع زال منه اللون الاحمر وخلفه دائما لون اصفر تختلف شدته فاذا كان سير
الداء حادا كان البرد العام سريع السير وعسر تمييز النبض ثم يضعف
الصياح ويزيد برد الاطراف ويبوستها وصلابتها وتزيد تلك الصلابة احيانا
بحيث تشبه صلابة العضلات فى التيتنوس وتشاهد تلك الظاهرات فى الجذع
ايضا وان كانت اقل درجة فى الشدة والتنفس يكون فى الاول متعبا ويزيد
التعسر شيأفشيأ وينقطع الصياح ويصير الوجه منتقعا ويزول الاحساس
بالنبض ويأساوتموت الاطفال كانهم مختنقون وموت معظمهم يكون
من الاول الى الثالث من ظهور الداء اومن الرابع الى السابع وبعضهم نحو

العاشر او الثانى عشر بل او العشرين ولا تندر مشاهدة مكث هذا الداء شهرا او ستة اسابيع واذا كان الداء مضاعفا بالتهاب فى المخ او الرئتين شوهدت اعراض ذلك الالتهاب ككزاز الاسنان وانقلاب الجسم الى الخلف واذا قرع على الصدر سمع صوت اصم فاذا كان الداء قابلا للشفاء كان فى سير الاعراض بعض بطئ ويكون التيبس متوسط الكثافة مقصورا على سعة قليلة ولا يكون البرد شديدا ويكتسب الصوت بعض قوة ويسهل التنفس ويظهر النبض ويزول انتقاع لون الجلد وتظهر فيه الحرارة الرطبة وقد يتفق اذا كانت الاوذيما مقصورة مثلا على بطن الساق او القدمين حتى وان كانت المعالجة جيدة السير ان يلتهب الجزء المنتفخ ويصير شديد الحمرة ذا قوام متين وحرارة قوية وشبه بعضهم هذه الحالة بحالة التهاب الاطراف من البرد فى البالغين فتعرض الحمى حينئذ ويضعف الطفل تدريجا ويموت فى الرابع وذكر دوجيس لهذا الداء صنفين تميزان عن بعضهما فى الاسباب والعلامات والسير احدهما التيبس الاوذيماوى وثانيهما التيبس المنعقد وقال ان الاوذيماوى يحصل للاطفال الضعاف وربما حصل من البرد وحده ويكون فى الاول محدودا فى اليدين او الرجلين ويشفى من ذاته غالبا اذا لم يشتد فاذا اشتد كانت صفاته ما سبق واما التيبس المنعقد فيصيب الاطفال الاقوياء السمان ويكون نتيجة برد شديد طويل المدة ويصيب غالبا الاعضاء التى فيها شحم كثير فتكون الخدان والساقان والساعدان والفخذان والبطن والعنق والصدر متتابعة او كلها معا متيبسة فى صلابة الخشب ولا تنقاد للضغط وتكون درجة الحرارة جليدية تشبه الاجزاء المتيبسة بالبرد من رمة متجلدة والجلد يكون منتقعا مصفرا واذا وضع الطفل فى حمام بخارى تكونت منه نقط تجمع لبعضها بسرعة على الجلد المتيبس بحيث يعسر جدا تسخينه حتى لو وصل الى ذهاب هذا البرد الموضعى لم تذهب الصلابة وظن بعضهم ان هذا الداء يشتبه بما يسمى بداء برباد (وهو داء شوهد بجزيرة برباد جزيرة من جزائر انتيله بالاميرقة ويقوم من التهاب فى الساق يشبه الالتهاب الذى تنتجه حمى داء الفيل لكن بدون

مركزها ما يشبه ام القيح وربما ظن انه دودة وهذا الداء نتيجة فساد فى الاجربة والتهاب فيها ويكون فى الغالب قليل السعة ويزول بالتقدم فى السن ولا يستدعى علاجا مخصوصا ومع ذلك اذا وجد من هذه الاجربة عدد كثير فانها تكون غالبا مجلسا لاكلان شديد فيلزم ان يغسل الجلد بغسلات ملطفة وتستخرج ام القيح منها المحوية فى تلك الاورام بالضغط او بواسطة ابرة وذكر فى الاسباب انها تعالج بغسل الوجه بالمحللات فان كفى والاضمد بكل ما فيه تجفيف وتحليل كالخربق مع نصفه ايرسا يتخذ منه لطوخ وبزر الكتان مع الورد والشونيز بالخل فان لم يكف ذلك ضمد برماد الكرم مذوفا بالخل ويصح ان يعتبر الرشح الصديدى الذى يحصل فى بعض محال من جلد الاطفال وسيما خلف الاذن تغيرا فى افراز الادمة التى سطحها خال من البشرة فتفرز على الدوام سائلا يجمد على هيئة قشور مصفرة وذلك الرشح حالة جيدة فى الغالب لصحة الاطفال لانه علم من التجربة انه اذا زال دفعة لم يلبث الحال قليلا حتى تعرض اعراض ثقيلة كالتهاب المخ او الرمد او نحو ذلك فيلزم ان يقتصر على تنظيف الاعضاء المتقيحة وتعالج بخرقة او تقتيك ناعم كذا قال بليار وسنذكر فى تشخيص الفيضان الدهنى عن ريبر ما يقدح فى ذلك

وقد يحصل فى هذه الاجربة مرض يسمى الفيضان الدهنى وذلك لان من المعلوم ان الجلد يفرز منه بالطبيعة مادة دهنية اذا دلكت على ورقة حصل منها فيها ما يحصل من الشحم وتحترق بشعلة بيضاء ويبقى منها بعد الاحتراق بقية فحمية فنعنى بالفيضان الدهنى الزيادة المرضية لهذا الافراز

الاعراض * هذا الداء وان جاز ان يظهر فى اى قسم من اقسام الجسم الا ان اكثر مشاهدته فى الانف والحواجب وفروة الرأس حيث تشاهد الرطوبة الدهنية الآتية من الاجربة كثيرة بالطبيعة والغالب كونه مقصورا على هذه الاقسام لكن قد شوهد فى احوال نادرة امتداده لمعظم الجسم وله درجتان احداهما انه اذا مر بالاصبع على سطح الجلد المصاب وجد لطيف الملمس دهنيا فان كان عليه شعر وجفت هذه الرطوبة الخلية تكون منها وسخ

مسمر واما الجلد الذى يكون محلا لذلك فلا يظهر فيه احرار ولا تغير وفوهات الاجربة لاتكون اوضح مما فى الحالة الطبيعية ومع ذلك قد تحس المرضى احيانا ببعض وخز وآلام فى المحل المصاب لكن ذلك نادر ويزعلون من مراعات غسل انفهم وجبهتهم وحواجبهم دآئما اذا كانت محلسا لذلك ليزول منها هذا الطلاء الدهنى الكريه المنظر والدرجة الثانية نادرة وهوان تغطى تلك الاعضاء بطلاء اصفر فى قوام ومنظر صملاخ الاذن والجلد يكون منتفخا دهنيا حول هذا الطلاء الخلى ورطبا فى بعض محال منه وفى بعض المحال يكون قوام المادة كالشمع الاصفر ويرى فى سطح هذا الطلاء خطوط تقسمه الى اجزآء اذا انفصلت من السطح بعارض ما اواستعين على سقوطها بالضمادات المرخية اوالانسكابات البخارية ظهر الجلد تحتها احمر مبذورا فيه نقط هى الفوهات المتسعة للاجربة ثم بعد بعض ساعات يغطى بطلاء جديد كالاول وتستشعر المرضى فى الجلد بوخزات مؤلمة ويندران ينتهى هذا الدآء من ذاته ومدته فى الغالب طويلة كاشهر بل سنين ويرجع اعوادا فى المحل الواحد

الاسباب * هو نادر فى الاطفال وكثير فى الشبان وهو فى الاناث اكثر من الذكور وبالجملة فهو دآء نادر وربما وجد مع الاوجاع العضلية وهو ليس بمعد

التشخيص * اذا كان الجلد المصاب بهذا الدآء دهنيا ولم تجف عليه المادة لم يشتبه الدآء بغيره اما اذا جفت وصارت طبقة مصفرة فانها قد تشتبه بقشور الاكنيوزس والاجزيما القشرية والبتريازس ونحو ذلك فاما الاكنيوزس فيكفى ان يتذكر انه مرض فى الغالب خلقى يعم جميع اقسام الجسم ويقل ظهوره فى الوجه ولا يكون معه الم ولا احرار فى الجلد ولا يكون دسم الملمس وفوهات الاجربة لاتكون واضحة واما الاجزيما القشرية فيسبقها دآئما رشح مصلى يرفع البشرة بخلاف الطلاء الشمعى فانه يرسب على السطح الظاهر للجلد واما القشور النخالية للبتريازس فلا يمكن اشتباهها بالصفائح القشرية الواسعة التى للطلاء الشمعى ولا يشتبه هذا الطلاء فى الكبار بالطلاء المبيض الشمعى الخلى الذى

يشاهد في بعض المولودين جديدا واعتبره ريير رشحا صديديا وان كان مثله يكثر في الاربيتين والابطين وخلف الاذنين وعلى فروة الرأس وفي جميع المحال التي تكثر فيها الاجربة الدهنية غيران هذا الطلاء طبيعي غير مصحوب بالم وقدامروا بتركه فيهم فتترك القلنسوة الدهنية التي تجف على فروة رؤسهم بعد الولادة بزمن ما لكن منع ذلك ريير وقال انه لا يوجد في جميع الاطفال ولا يحصل من عدم وجوده او ازالته عوارض اذا روعي حفظ جسم الاطفال من البرد والرطوبة وقال بليار اذا ترك الطلاء الدسم لفروة الرأس ونفسه زاد سمكه والتصق بالشعر وجف وتشقق ثم ينفصل قطعا قطعا على هيئة صفائح وقشور وهذا مهما كان سمكه يمكن ازالته من رأس الاطفال بالغسلات والدلك الخفيف والضمادات المرخية

الانذار والعلاج * قال ريير قد شاهدت ان هذا الطلاء في الانف والخدين وفروة الرأس استعصى على الانسكابات البخارية المائية والمسهلات وحصل منه سقوط شعر كثير من الحواجب وبقي حتى لم يمكن أن تحدد مدته واحسن وسائطه التي جربت لشفائه هي الانسكابات البخارية ومما نتج منه نتائج نافعة اقله في الوقت الغسلات الشبية واستعملت فيه قوابض اخر كالغسلات الزحلية ومطبوخات العفص والبستورتا ومنقوع الورد فلم تنفع بشيء واما المسهلات فيلتجأ اليها في معظم الاحوال عند الامر باستعمال الحمامات البخارية

ثم ماعدا هذه الآفات السابقة قد يحصل في تلك الاجربة ما يسمى بالاورام حقيقة وتنشأ تلك الاورام الجرابية من تراكم المادة الدهنية في الاجربة فتوترها وهي التي تسمى عند العرب بالعقد والغدد وتكون شحمية وعسلية وصديدية ودهنية وتشتبه بالاورام الكيسية وتظهر في اي جزء من الجسم يحتوي على اجربة واكثر مشاهداتها في فروة الرأس والوجه والظهر وهي رخوة عديمة الالم غير متغير جلدها ومادتها كاللبن المتجمد غالبا وتكتسب ريحا نتنا اذا امتدت جدران الاجربة والتهبت التهابا عارضيا وقد يوجد مع المادة

بعض

بعض شعر ولعل باطمان شرح هذا الداء مسمى مولوسكوم حيث قال فيه
هو درنات عديدة قليلة الحساسية تظهر ببطئ وتختلف اقطارها من حبة
جلبان الى بيضة حمامة وتحتوى على مادة صديدية وشكلها يختلف فمنها
ما يكون عديم العنيق وكريا او مفرطحا ومنها ما يكون ذا عنيق ولا يحصل
من نموها انخرام فى الجسم وليست قابلة للالتهاب ولا للتقرح وانما تبقى مدة
الحياة انتهى وبعضهم جزم ان ما يسمى بيوليبوس القناة السمعية الظاهرة
انما هو نمو مرضى فى جراب صملاخى والغالب ان هذه الاورام تكون متضاعفة
وتظهر دائما ببطئ ومتتابعة وصلبة غير متموجة واقل صلابة من الاورام
الشبيهة بالمخ التى جدرانها متينة فيها مقاومة قوية عكس الاورام الجرابية
ويندر ظهورهذه على الجذع والاطراف واسبابها مجهولة ويظهر احيانا ان
فيها هيئة ورائية وتوجد بقلة فى الاطفال وتكثر فى الشيوخ واما علاجها فهو
انه اذا كانت فوهة الاجربة متوترة ظاهرة ادخل ميل فى تجويفها ثم يضغط
عليها بعد اخراجه بدون ايلام فتخرج المادة التى فيها لكن لم تلبث قليلا حتى
ترجع فلا جل تمام شفائها تشق ثم تكوى او تستأصل واذا شقت شقا واسعا سهل
استفراغها والالتهاب الذى يتبع العملية قد يعقبه شفاء تام واما الاستئصال
فسهل اذا لم تكن قديمة جدا ولا كبيرة الحجم واذا فعل الاستئصال فى فروة الرأس
جاز ان يعقبه حمرة ثقيلة ولذلك اختار بعض الاطباء تركها ونفسها ولا يقرب لها
بآلة قاطعة خصوصا اذا كانت كثيرة العدد ثم ان هذه الاورام فى فروة الرأس
تختلف بعدم ايلامها وبصفات اخر عن الاورام الشبيهة بالمخ وقد نيل شفاؤها
بان يحرض فى باطنها التهاب قيحى اما بواسطة خزام او بحقن مهيجة من العرقى
وهو الاحسن ويسهل كى هذه الاورام وسيما التى فى الاجفان سواء كان بالحمض
النتريك او بزبدة الانتيمون او البوتاسة الكاوية واما الربط فنادر فى هذا النوع
واما ما يسمونه بالحصوات الجرابية فهو ان يبدل افرازها الدهنى بكتلة صلبة
حجرية فقد وجد مكيل فى ولد صغير جميع الاجربة الدهنية التى على الحرقفة
مملوءة بحصوات صغيرة والجلد لما تغير صار جزأ منها ووجد فى طفلين من هذه

الحصوات جملة فى جلد الجبهة واصل الانف

الفصل السادس

فى امراض المنسوج الخلوى

امراض هذا المنسوج ترجع الى التهابه وارتشاحه المصلى وقد يكون مجلسا لانصباب اوارتشاح دموى سوآء فى الاجزاء التى انضغطت من الطفل عند الولادة اوفى غيرها فيوجد الدم حينئذ مسكو بابتخير حقيقى دموى وهذه ظاهرة كثيرة الحصول كما سنشاهدها فى الاحوال التى يحصل فيها تعسر فى التنفس ودورة الدم وفى هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

فى التهاب المنسوج الخلوى

قال بليار الفلغمونيات والحمرة مجلسهما غالبا فى المنسوج الخلوى تحت الجلد وتكثر الفلغمونيات فى الاطفال الرضع وتفصل احيانا سعة عظيمة من الجلد عن الاجزآء التى تحته فقدشاهدت طفلا عمره شهران ونصف وجلد الجزء الجانبى الايمن من صدره انفصل عن ماتحته بسبب اصابته بالتهاب فلغمونى نشأ عنه تقيح كثير بحيث انحل الطفل منه ومات انتهى

وشاهد اولفيير خراجا تحت الجلد فى جنين له ثلاثة اشهر ونصف تقريبا عند ما كان يفتش عن سبب اسقاطه وعند التفتيش كان التعفن واضحا فيه مع كون جميع اعضائه معروفة ظاهرة وليس فى شئ منها تغير وانما وجد قرب النصف الايمن من الامام للعنق ورم فى حجم البندقة لونه ابيض مصفر يخالف اللون المحمر لجثته وكان ذلك الورم رخوا متموجا يمتد من قاعدة الفك السفلى الى المفصل القصى الترقوى الايمن فشق فى طوله فخرج منه صديد متجمد مبيض بدون رآئحة وكان موضعه تحت الجلد الذى بعد عن العضلات التى تحته ولم يتغير شئ من ذلك الجلد الذى هو امامه ولا ماحواليه ووجود هذا الخراج المصاحب لاندفاع الجنين قبل تمام اشهره مع عدم وجود غير ذلك من الآفات الثقيلة يحمل على ظن انه هو السبب للاسقاط لكن ذلك انما هو ظن وتخمين والافليس هنالك

مايحقق ذلك وان لم يكن في الرحم تاثير يدل على ان ذلك حصل من حركات عنيفة بادية وربما اختير ان هذا الخراج انما كان نتيجة فلغمونى ظهر من نفسه في الجنين المحوى في الرحم ومهما كان فهذا يدل على ان المنسوج الخلوى في الاشهر الاول من الحياة داخل الرحم وان كان غير تام التكون يكون قابلا لان يلتهب ويجهز مواد تقيح شبيه بما يشاهد في الادوار المتقدمة في الحياة داخل الرحم وفيما بعد الولادة

والخراجات التى كانوا يسمونها بالباردة اى العديمة الالم كثيرة الحصول ايضا في الطفولية الاولى وتظهر خصوصا على الاطراف واذا اخذت في التقرح اكتسبت حوافيها الصلبة البنفسجية المقطوعة بانحراف منظرا كثيرا مايظن انه من طبيعة زهرية

والمعالجة البسيطة المضادة للالتهاب هى المناسبة للخراجات الفلغمونية الحادة واما الباردة فيناسبها بعض اوضاع منبهة قليلا والضغط الخفيف والمخشكرات والغسلات القلوية او الشبية ولكن يلزم غاية الاحتراس في استعمالها واتباع القواعد المستعملة في كتب الجراحة في هذا الموضوع ويلزم ان يبحث هل هذه الخراجات عرض لامراض اخرام لا

والاوذيما اى الالتهاب المصلى في المنسوج الخلوى في الاطفال المولودين من المباحث المهمة في هذا الفرع فيحتاج لدراسة مخصوصة فلنخص ذلك ببحث كبير وهو الآتى على الاثر

المبحث الثانى

في اوذيما المنسوج الخلوى في المولودين جديدا اى تيبسه

يقال في العادة ان الطفل متيبس اذا انتفخت اطرافه اوعظم وجهه وتلون بغير لونه الاعتيادى ويستشعر عند مسه بمقاومة شبيهة بما يحصل من الضغط على جسم يابس فتيبس المنسوج الخلوى يعرف من اول الامر بمجرد اللمس والتعبير بالتيبس مبهم والبحث في الجثة بعد الموت يزيل ذلك الابهام ويستدعى تسمية ذلك بالاوذيما المتجمدة لا بالتيبس وقد انصف بعض اطباء هذه الازمنة

حيث شاهدوا ان لتيبس المنسوج الخلوى صنفين احدهما تيبس المنسوج الخلوى الحقيقى وثانيهما تيبس المنسوج الدهنى الذى ذكره دوجيس ودينيس والوصول الى بيان هذا الصنف الثانى دليل واضح على تقدم معارفنا فى هذا الداء فعلى رأى الطبيبين اندرى واوفيتى ان المنسوج الخلوى المتيبس اذا شق بالمشرط يخرج منه كمية عظيمة من المصل المائى المدد لخلاياه ويسيل منه بالضغط لكن يقال فى نفس المنسوج الخلوى الحقيقى بقطع النظر عن المصل الممدد له هل هو صلب حقيقة كالمتحول الى منسوج كمنسوج الشبكية اوالى اسقيروس اوهو منسوج شحمى جامد كانه صار مجلسا ونواة لاحتقان مزمن اوصلابة مندملة نقول لا شئ من ذلك يقينا فانه لا يزال حافظا لجميع مرونته ورخاوته وخلويته والياف لم يحصل فيها استحالة آلية ولم تزل فيها هيئتها التى هى شبكات وصفائح متصالبة غير ان هذه الخلايا لما كانت متوترة جدا بالمصل ومملوءة فى الاطراف والجذع بكمية عظيمة من السائل كان ملمس هذا المنسوج صلبا وليس فيه صلابة حقيقية ولم يكابد من التنوعات الا التمدد الميخانكى وبالاختصار هذه الصلابة انما هى باعتبار حواسنا ومثل تلك الظاهرة يحصل اذا ملئت مثانة بالماء اوالزيبق بل اوبالهواء فاذا تمددت جدا يشئ من هذه السائلات استشعر من لمسها بصلابة ليست فى الحقيقة موجودة فى منسوجها لانه اذا طرح منها ثلث ما فيها اونصفه صارت رخوة منخسفة وكذلك المنسوج الخلوى المتيبس فى المولودين جديدا فانه يأخذ فى التيبس بحسب الظاهر شيأ فشيأ كلما تراكم المصل فى خلاياه فبالتدقيق ليس هنالك تيبس فى المنسوج الخلوى فى المرض المسمى بذلك ويكون من الخطأ اتباع المتأخرين من المؤلفين فى هذه التسمية وما شاكلها كالاسقيروس الاوذيماوى ونحو ذلك لانها تشعر بتحول فى صفات المنسوج مع ان ذلك غير موجود اصلا وقد قلنا فيما سبق ان التيبس الظاهرى لاطراف الجنين يصح ان يكون مجلسه المنسوج الخلوى اوالمنسوج الدهنى فاذا كان تيبس الجلد ناشئا من رشح مصل فى المنسوج الخلوى كانت الاطراف دائما منتفخة اى فيها بعض

زيادة

زيادة فى الجسم واما اللون البنفسجى فى الجلد فيدل على الاحتقان الدموى فى اعضاء مختلفة والعلامات الواضحة لفيضان الدم فى القلب والرئتين والاوعية الغليظة هى عدم انتظام النبض وتعب التنفس

وتيبس المنسوج الدهنى يوجد مع رشح عام فى المنسوج الخلوى تحت الجلد اوبدونه فالخدان والاليتان وبطن الساقين والظهر هى المجلس الغالب لهذا التيبس وهو يشاهد مع تكدر فى الدورة والتنفس اوبدونه والغالب ان ذلك يحصل وقت اختناق الاطفال اى ضيق حنجرتهم عند الموت قال بليار وقد رأيت ظهوره ايضا بعد الموت فى جثة اطفال ماتوا بسرعة فاذا شرح المنسوج الدهنى حينئذ بالمشرط وجدمتينا يابسا كالشحم الجامد وبالاختصار يكون فى قوام شحم الحيوانات المذبوحة ومن المعلوم ان المنسوج الدهنى يمكن فى بعض الاحوال ان يتجمد كذلك حتى فى مدة الحياة اذا ذهبت منه الحرارة الحيوانية باى سبب كان

ثم ان ترشح المنسوج الخلوى الذى يسبب فى المولودين التيبس الظاهرى لاطرافهم هل يختلف عن اوذيما الاطراف والجذع التى تظهر فى بعض الاحوال مع البالغين ويظهر لنا ان هذه المسئلة مهمة يلزم تحقيقها

فالطبيب بريشيه الذى يعتبر لهذه الاوذيما طبيعة مخصوصة بها استعان بمعارف بعض مشاهير الكيماويين فى عصرنا هذا وهو شفرول فى تحقيق حالة المصل المرتشح فى المنسوج الخلوى فى الاطفال المتيبسة وها هى عبارة هذا الكيماوى الماهر حيث قال قد تحققت فى الداء اليرقانى المصحوب بتيبس المنسوج الخلوى فى المولودين جديدا ان الدم مريض يوجد فيه جوهران ملونان لا يوجدان فى دم الاطفال الجيدى الصحة واذا اوجدا فيه كانا بكمية ضعيفة وماعدا ذلك يوجد فيه ايضا مادة تعطى لمصله المنفصل عن الجوهر الليفى خاصة تجمده من نفسه والقواعد الملونة توضح لنا لون المنسوج الخلوى النافذ فيه المصل فالمادة القابلة للتجمد من ذاتها فى هذا المصل توضح لنا تيبس المنسوج الخلوى اذا ثبت ان هذه المادة لا توجد فى دم الاطفال الجيدى الصحة اوكانت

توجد فيه بمقدار قليل جدا وسوى ذلك ان هذه المادة قد تجمد فى المنسوج
الخلوى كما تجمد فى المصل الذى استخرج من جثث الاطفال الذين ماتوا
بالتيبس انتهى قال بليارولما قرأت ذلك ظهر لى فيه تأملان اولهما ان الطبيب
بريشيه جعل اليرقان وتيبس المنسوج الخلوى مرضا واحدا ولم يعط لشفرول
الا اطفالا كانوا فى آن واحد متيبسين ومصابين باليرقان ولم يوجه هذا الكيماوى
مشاهداته بالاكثر الاعلى المصل الاصفر وثانيهما انه يوجد فى كلام شفرول
هيئة تخمين او تشكيك فلسفى نشأله من ضبطه وشدة قوته الحاكمة وذلك
انه لم يؤسس رأيه الاعلى ان تيبس المنسوج ناشئ من القاعدة القابلة للتجمد
بنفسها التى فى المصل ولقد عبر عن عدم جزمه بقوله ان هذه المادة هى السبب
لهذا التيبس اذا ثبت انها لا توجد فى دم الاطفال الجيدى الصحة وانها
قد تجمد فى المنسوج الخلوى كما تجمد فى المصل الذى يستخرج من جثث
الاطفال الذين ماتوا بالتيبس ثم لا ينبغى ان يشتبه اليرقان بالرشح العام
فى الجلد لان احدهما يوجد بدون الاخر كما يمكن ان يوجدا معا فاذن يمكن
ان نعتبر المصل غير متعلق بالمادة الملونة التى يحتوى عليها احيانا
ولقد وضعت فى جفنة كما فعل شفرول مصلا مستخرجا من المنسوج الخلوى
لاطفال متيبسين اى مصابين بالاوذيما فرأيت ان هذا المصل تجمد بنفسه وبعد
تأكيد ذلك اردت ان اشاهد هل مصل الدم فى الاطفال الجيدى الصحة يتجمد
ايضا ام لا فرأيت فيه حصول هذه الظاهرة ايضا وذلك انى اخذت جفنتين
ووضعت فى احدهما مصلا مأخوذا من منسوج خلوى لطفل كان جلده
متيبسا وفى الثانى مصلا مأخوذا من منسوج خلوى لطفل جلده غير متيبس
فحصل التجلد فى الجفنتين فى آن واحد وكررت مثل هذه التجربة المزدوجة
فى مصل اصفر مأخوذ من طفل مصاب باليرقان ومصل اخر غير ملون مأخوذ
من طفل غير مصاب به فكانت النتيجة واحدة مثل السابق واستخرجت ايضا
مصل منسوج خلوى من رجلى طفل عمره سنتان ومات بالتهاب معدى معوى
صار منه مهزولا نحيلا واصيبت ساقاه بالاوذيما فبعد ان سكن هذا السائل

فى الجفنة نصف ساعة تجمد وشاهدت ايضا فى مصل مأخوذ من جثة كبير مصاب بالاوذيماومات بآفة قلبية انه تجمد بعد ست ساعات فهذا التجمد الذى حصل من ذاته ليس خاصة لازمة لمصل المنسوج الخلوى الذى يقال فيه انه تيبس وبموجب ذلك يكون الشق الاول الذى ذكره شفرول من كون هذه الظاهرة تخدم لتوضيح تيبس المنسوج الخلوى كما تمسك به بريشيه ليس مناسبا ولنتأمل الان فى الشق الثانى وننظر هل هو احسن من الاول اونقول بعبارة اخرى لننظر هل يمكن ان المادة القابلة للتجمد بنفسها الموجودة فى المصل تجمد فى المنسوج الخلوى نفسه ام لا فنقول

ان الحرارة والسكون يعينان على تجمد المصل الذى يوضع فى الجفنة واذا حرك السائل الذى تجمد لم يلبث قليلا حتى يصير سائلا فاذن لا يصح ان نقول ان المصل الذى فى وسط المنسوج الخلوى يحصل له هدو وسكون عظيم وعدم حركة حتى يتجمد فيه وايضا فان حرارة الاطفال المتيبسين تكون فى الغالب منخفضة فينتج من ذلك ان الحرارة والسكون اى عدم الحركة اللذين هما اسباب معينة لتجمد المصل المستخرج من المنسوج الخلوى غير موجودين مدة الحياة فى وسط منسوجات المولودين

وهناك طريق آخر فى الاستدلال على ان هذا التكاثف لا يحصل فى المنسوج الخلوى وذلك انه اذا عملت شقوق فى الاطراف المرشحة من طفل امكن بادنى ضغط ان يستخرج من المنسوج الخلوى مصل يخرج نقطا كثيرة سائلة فاذا سال المصل بهذه الكيفية رجع للمنسوج الخلوى الذى احتقنت به خلاياه وصار صلب المنظر لينه واسترخاؤه وزالت صلابة الطرف بعد ذلك الاستفراغ وقد اعدت هذه التجربة بنجاح تجاه شفرول فى جنين مصاب فى آن واحد بالبرقان والتيبس وكان فى جثته جميع الصفات التى كانت فى جثة من عمل فيهم تجربياته الاول وما عدا ذلك علقت جثة طفل متيبس من رأسه ليلة كاملة وفعلت فى ساقيه وقدميه تشاريط كثيرة ففى اليوم التالى تغطت جيدا هذه الاعضاء المشروطة بندى من المصل سال بنفسه فاذن لو كان المصل متجمدا فى اثناء

المنسوج المائى هو خلاياه لما كان مطيعا بهذه الكيفية لقوانين الثقل ولما سال هكذا باطلاق فنتج من هذه الاعتبارات كلها ان تيبس المنسوج الخلوى فى المولودين ليس هو الاجرد اوذيما مشابهة بالكلية لما يعرض للكبار والشيوخ المصابين بامراض الرئة او القلب او العروق ومن المعلوم ان اطرافهم المترشحة يظهر منها احيانا باللمس صلابة عظيمة جدا كصلابة اطراف المولودين فاذا كان الجلد مع ذلك ايضا شديد الحمرة فى الاطفال فذلك ناشئ من الحالة الطبيعية للاحتقان المصاب به الطفل وهذه الاوذيما يجوز ان تصيب الاطفال فى اى حالة كانوا لكن اكثر من يصاب بها الاطفال الضعاف والذين يولدون قبل تمام اشهرهم وتعرض غالبا فى الايام الاول من الولادة ويندر عروضها فوق الرابع او الخامس وزعم بعض الاطباء انها قد تظهر فيمن سنه شهر بل سنة لكن يقرب للعقل انه اشتبه عليه الحال فشاهد مرضا آخر ظنه تيبسا فى المنسوج كالاوذيما العامة القوية التى شاهدها بدلوت والبرد والرطوبة يعينان عليها ومع ذلك كثيرا ما شوهدت فى الربيع والخريف وغيرهما بل وفى شدة الحرارة

بقى علينا ان نبحث بالتدقيق عن الاسباب التى تنتج هذا التيبس فى الاطفال وقد اختلف المؤلفون فى بيان ذلك ومن غير النافع ان نذكر لك التخيل الغريب الذى ذكره اوزمبزيوس حيث ظن ان الامهات اذا شاهدن التماثيل التى من الحجارة مدة الحمل تأثرن من ذلك بحيث لا يلدن الا اطفالا متيبسين وهذه خرافات لا تذكر وكذلك لا نطيل الكلام ايضا فيما ذكره البعض من ان ذلك ناشئ من عنصر دابغ قابض موجود فى مياه الامنيوس وانما المهم ان نتأمل فى التوضيحات المعقولة التى ذكروها فالطبيبان اندرى واوفيتى يعتبران من الاسباب الرئيسة لتيبس المولودين تأثيرا لبرد على اجسامهم فيقطع التنفس الجلدى الغير المحسوس ويبطئ الدورة ويكثف السائل المائى والمصلى فى المنسوجات وسيأتى لنا بيان بعض تحقيق فى هذا الرأى الذى عارضه تروكون وقال ان البرد يقوى فى الغالب الدورة ولا يبطئها ومعظم المؤلفين ولاسيما الحكيم هلم جزموا بانه يوجد مع تيبس

المنسوج

المنسوج الخلوى احتقان او التهاب فى الرئتين مع علمهم ايضا بانه يوجد فى هذه الحالة احتقان ضعيف فى القلب والاوعية الغليظة واما اوندروود فانه ذكر بيانا مبهما وهو ان ذلك حاصل من تأثير الهواء الفاسد على الطفل المولود ونسب الطبيب بوم هذا التيبس ليبوسة العضلات وبذلك يعرف انه جعل النهاية للداء علامة مصاحبة والطبيب باليطه نسب سبب ذلك لانفعال من الكبد وبريشيه اعتبره نتيجة تراكم مصل منفصل من الدم على بعضه وانه مرض ناشئ من بقاء ثقب بوتال ويظهر ان الطبيب ليجيرا اختار ان من اسباب هذا التيبس قلة نمو المجرى المعوى حيث يقرب دائما الان ينقص طوله عن العادة فى الاطفال المتيبسين ثلاثة اقدام واما دينيس الذى تكلم على هذا الداء كلاما مبهما فانه تعمق جدا اكثر من سابقيه فى بحث الاسباب وتوضيحها فرأى ان هذا الداء التهاب حقيقى اى تهيج اشتراكى تابع لتهيج الجهاز المعدى المعوى وسمى ذلك فلغمونى معوى خلوى قال بليار وانا لا اقول بذلك ولعل دينيس انما تكلف هذا البيان ليقرب لاصول الآراء الطبية الجديدة والطبيب بارون اعتبر من زمن طويل ان هذه الآفة كالاوذيما اعنى مجرد رشح مصلى فى المنسوج الخلوى هو عرض لتكدر او مانع فى سير الدم فى القلب والرئتين والاوعية الغليظة

فهذه عموما هى الآراء العظيمة الاعتبار الذى ذكروها فى طبيعة واسباب تيبس المنسوج الخلوى ولنعرضها على المشاهدات حتى نعلم موافقتها او عدم موافقتها فنذكر جملة من الامور الواقعية ونستخرج منها نتائج تخدم لمعرفة ما يعول عليه من الاسباب وطبيعة الداء وعلاجه لان هذه الكيفية هى الطريقة التى توضح بها هذه الاختلافات لما ان علم المشاهدات هو الذى يقوى الآراء ويرجحها فقد دخل فى سنة ١٨٢٦ عيسويه لبيت الاطفال الملتقطين بباريس ٥٣٩٢ طفلا مات منهم فى قاعات الطب والجراحة وقاعة الراحة التى توضع فيها الاطفال وقت دخولهم ذلك البيت ١٤٠٤ فمنهم ٧٧٧ ماتوا فى قاعات الطب تحت مراعاة الطبيب بارون ومنهم ٢٤٠ ماتوا

التنفس والصياح الحاد وبرد الاطراف ونحو ذلك فلم اشاهد فيها شيأ زائدا لجميع هذه الظاهرات شاهدها المؤلفون جيدا وشرحوها وسيأتى لنا سردها ثم قال بليار واما الظاهرات التى تصحب اوذيما الاطفال فاكثرها هو اليرقان شاهدته فى ثلاثين طفلا وما وجدت فى واحد من هؤلاء ولا فى غيرهم آفة فى عضو ثابت يمكن ان تستخدم لتوضيح هذا الاختلاف ولا نطيل الكلام فى الاسباب التى تنتج عادة من يرقان المولودين جديدا فانها مسئلة تستدعى تأملات مخصوصة فلنؤخرها الى محلها الآتى وانما يكفى هنا ان ننبه على ان احد هذين المرضين اعنى اوذيما المولودين ويرقانهم قد يوجد بدون الاخر وان احدهما ليس سببا ولا نتيجة للاخر وبوجب ذلك لا يصح دخولهما فى باب واحد

بقى علينا ان ننظر فى تأثير آفات الكبد فى تولد الاوذيما قال بليار وها هو ما شاهدته فى هذا الموضوع وذلك ان فى تسعين طفلا متيبسين فتحت جثثهم مع غاية الانتباه لم اجد فى الكبد حالة مرضية الا فى عشرين فعشرة كان معهم احتقان دموى قوى جدا وكان الدم المالئ لهذا العضو اسود سائلا وكانت الاوعية الغليظة البطنية محتقنة ايضا وفى بقية الجثة ايضا احتقان دموى عام وخمسة اخر كان الكبد فيهم سهل التمزق محتقنا جدا والصفراء ثخينة تقرب ان تكون متجمدة واربعة اخر كان لون الكبد فيهم ضاربا للزرقة والعضو نفسه متينا يقاوم المشرط والطفل المكمل للعشرين كان معه التهاب بريتونى واحتقان فى الكبد وانصباب مصلى دموى فى البطن فلا يمكن ان يستنتج من هذه المشاهدات ان السبب الاعتيادى لاوذيما المنسوج الخلوى هو الاحتقان الدموى او سهولة التمزق او الالتهاب فى الغشاء البريتونى او فى نفس جوهر الكبد لانى وجدت هذه التغيرات التى ذكرتها فى كثير من الاطفال الذين ليس معهم هذا التيبس كما لم اشاهدها فى كثير ممن معهم هذا الارتشاح المصلى

والتهاب الرئتين او احتقانهما احتقانا دمويا عده الطبيب هلم من اسباب هذه الآفة الاوذيماوية بل يقال انه رأى كثير من مشاهير الاطباء اليوم ولا سيما الطبيب باليطه بايطاليا فانه نسبه لتنفس غير تام فى بعض المولودين فنشأ

عن ذلك عدم كفاية الحرارة الناشئة وترتب على ذلك خدر وسبات وبرد جليدى فى الاطراف وتيبس فى المنسوج الخلوى فيكون هذا التيبس عرضا لضعف الرئتين ولقد اردت تحقيق ذلك من المشاهدات فبحثت فى حالة الرئتين فى سبعة وسبعين طفلا معهم هذا التيبس فنهم ثلاثة واربعون كانت رئتهم فى غاية السلامة والاربعة والثلاثون الاخر كان معهم حالة مرضية فى الجهاز التنفسى يختلف ثقلها ففى اثنى عشر منهم وجد احتقان وامتلاء رئوى وفى ستة وجد فى رئتهم تكبد تام اربعة منهم فى الرئة اليمنى واثنان فى الرئة اليسرى وفى ثلاثة التهاب بلوراوى رئوى وفى الباقى مجرد احتقان ضعيف فى الحافة الخلفية للرئتين وخصوصا حافة الرئة اليمنى ويكفى لتحقق ضعف تأثير هذا الالتهاب فى تولد الارتشاح المصلى فى النسيج الخلوى وضعف ما قاله الطبيب هلم ان توجد امثلة من التيبس اى اوذيما المنسوج الخلوى للمولودين بدون ان يكون هنالك التهاب رئوى او احتقان رئوى مصاحب له وسمى الطبيب والكس تيبس المنسوج الخلوى بالاسفكسيا البطيئة للمولودين وزعم ان هذه التسمية على رأيه توضح طبيعة هذه الآفة واسس على رأيه المعالجة بالاستفراغات الدموية الكثيرة والمداومة عليها بالمناسبة لكن قد علمت ان مشاهدات بليار تثبت انها لا تكون دائما نتيجة تكدر فى الجهاز التنفسى فاذا جعل ذلك سببا لها على الدوام كان انكار الماهو واضح البيان

ولنبحث الآن فيما قاله بريشيه وهو ان التيبس ناشئ من بقاء ثقب بوتال وذلك ان فى السبعة والسبعين طفلا الذين ذكرتهم اربعين كان هذا الثقب منسدا فيهم بالكلية وثمانية وعشرين كانت القناة الشريانية نفسها ضيقة جدا بحيث لا يتأتى خروج الدم منها فسقط بذلك توضيح بريشيه فاذا وجد ثقب بوتال مفتوحا فى كثير من الاطفال المتيبسين فما ذاك الالكون هذا التيبس يصيب بالاكثر الصغار جدا بحيث لم يمض عليهم عند ظهور الاوذيما زمن كاف لحصول التغيرات التى تعرض فى القلب والقناة الشريانية لتتم الدورة وينسد الثقب والقناة المذكورة فالظاهر انه ليس هذا الارتباط بين هاتين الظاهرتين

قال بليازثم اخذت فى قياس القناة المعوية من طفل متيبس لأتأكد صحة ما قاله لغيره من كونه وجد هذه القناة فى الاطفال المتيبسين اقل طولا مما فى غيرهم فلم اجد ما قاله صحيحا ما لكون مشاهدتى ليست جيدة وهذا بعيد او ان المصادفة لم تسعفنى بمشاهدة ذلك كما اسعفت هذا الطبيب وبالاختصار يظهر لى ان الفائدة فى معارضة ذلك قليلة الاهتمام واذا اعتمدنا فى ارائنا على مجرد تعداد الامور الواقعية ولم نراع فيها الاعتبارات التى تؤخذ من التعقل ومن التجربة امكن ان نقول كما قال دينيس ان اكثر ما يوجد من الافات التى تصحب تيبس المنسوج الخلوى هو الالتهاب المعدى المعوى ونختار الارتباط الذى جعله هذا الطبيب بينهما غير انه لا يصح لنا ان نقصر انفسنا على عدد الامور الواقعية فقط وانما نزنها بميزان العقل والتأمل حتى تصير نتيجتها صحيحة مقبولة غير منازع فيها ففى السبعة والسبعين الذين جعلتهم عرضة لمشاهدتى كان فى خمسين منهم التهاب فى الطرق الهضمية يختلف شدة وسعة لكن ينبغى ان تعلم ان آفات اعضاء الهضم فى المولودين جديدا اكثر من آفات غيرها من الاعضاء واغلب الاطفال الذين يموتون فى بيت الملتقطين يكون موتهم بهذه الالتهابات وان اوذيما المنسوج الخلوى قد توجد بدون ان يكون معها التهاب فى القناة الهضمية ولا تنس ايضا ان تيبس المنسوج يكثر فى الشتاء وهو زمن تندر فيه الالتهابات الهضمية الكثيرة الوجود فى الصيف الذى هو زمن يكون التيبس فيه قليلا وهذه الاعتبارات كافية ولا بد لمنع ارتباط هذين الدائين ببعضهما وبها يضعف رأى دينيس

والذى ينبغى الاهتمام بذكره هو ان معظم الاطفال المتيبسين يوجد فيهم احتقان دموى عام عظيم الاهتمام فالدم الوريدى يتسلطن بالاكثر فى منسوجاتهم والقلب يكون دائما محتقنا بالدم والاوعية الغليظة مملوءة به واذا شرحت جثة طفل مات بتلك الصفة سال الدم من كل جهة على حد المشرط وكون هذا الاحتقان العام ناشئا من كثرة السائل الدموى فى الجسم اعنى من امتلاء دموى خلقى اولى من كونه ناشئا من مانع ميخانكى فى جزء من الاوعية المعدة

لسيرالدم وايضا نرى الجلد عظيم الاعتبار بجفافه المفرط بحيث يظهر انه لم يتنفس من سطحه شيء من الرطوبات فيكون يابسا متوترا على المنسوج الخلوى المحتقن بحيث يظن انه يوجد فى تلك الحالة تكدر واضح فى الدورة الشعرية وان المنسوج الخلوى الذى هو كما قال الفسيولوجيون مجلس لافراز تنفيسى اى تبخيرى كثير جدا يحصل له فى الحالة المذكورة عوائق تمنع ممارسة هذه الوظيفة بانتظام وذلك اولا ان مواد افرازه تصل اليه بكثرة مفرطة لان الدم محقون حينئذ فى جميع المنسوجات وثانيا ان حالة جفاف الجلد ومنع التنفيس الجلدى بل ومنع التبخير الرئوى ايضا جميع ذلك يمنع اطلاق سيلان الرطوبة فتقف فى خلايا المنسوج نفسه الذى نشأت منه فتحدث من ذلك الاوذيما التى سموها بتيبس المنسوج الخلوى

وهناك امر يقوى هذا الرأى الذى يجعل الاوذيما المذكورة نتيجة قطع التنفيس الجلدى وهو ان هذه الاوذيما تزول سريعا بالدلكات المهيجة على الجلد كالدلك بزيت البابونج المكوفر وبعض الصبغات ونحو ذلك واذا لف الطفل المتيبس فى خرق من صوف مسخنة توضع مباشرة على الجلد وجد الطفل فى اليوم التالى مغمورا فى تنفيس جلدى كثير بحيث يصير احيانا على هيئة بخار سميك وتزول الاوذيما اى التيبس حينئذ كلا اوبعضا قال بليار ولا ارى اختيار ما قاله دينيس من ان هذا الداء التهاب فى المنسوج الخلوى لان التهاب هذا المنسوج يحدث سهولة تمزقه ويسبب سريعا افراز صديد كثير يعرف بصفته المخصوصة به مع ان ذلك لا يحصل فى الاطفال الاوذيماويين فلا تكون اطرافهم فى العادة مجلسا الاورام ولا التهابات

استنتاجات عمومية * اذا تبعنا طريقة التفصيل والتحليل التى اوصى بها العالم الشهير بنيل فى دراسة الظاهرات الحيوية واختيرت فى الطب الجديد ايضا نرى ان القواعد الآتية هى التى يغلب على الظن صحتها

فالاولى هى ان تيبس المنسوج الخلوى للمولودين انما هو مجرد اوذيما مشابهة لاوذيما الكبار ويصح ان تكون موضعية او عامة ويلزم دائما ان تميز عن

تيبس المنسوج الدهنى
والثانية ان هذا الداء يكون فى الشتاء اكثر من الصيف ويكون فى المولودين جديدا اكثر من الاطفال المقدمين فى السن ويكون سببه المهيء له اولا عائق فى سير الدم ناتج من كثرته فى الجهاز الدورى وثانيا احتقانه فى المنسوج الخلوى الذى يجهز هو له كثيرا من مواد الافراز وثالثا تأثير الجلد من الفاعلات البادية التى توقف التنفيس الجلدى بدون ان تكشف السائلات المصلية فبذلك تعين على تراكم المصل فى المنسوج الخلوى واما الاحتقان الدموى فى الكبد والرئتين والقلب وبقاء الفوهات الجنينية منفتحة اوانسدادها فليست اسبابا وحيدة لازمة لهذه الآفة فتعتبر هنا ظاهرات مصاحبة او احوالا تابعة لداء يمكن ان يوجد بدونها كما يشاهد ذلك كثيرا فى التيبس اى الاوذيما الموضعية
الثالثة اذا كانت الاوذيما عامة ووصل الاحتقان المصلى الى درجة زائدة جاز ان يحصل فى كل جزء من اجزاء الجسم يوجد فيه منسوج خلوى تكدر فى الوظائف التى تتم فيه فلذلك يصير المزمار اوذيماويا وتصير الرئة مع ذلك ايضا مجلسا الاحتقان شديد فيكون صياح الطفل دائما شاقا حادا مختنقا ويسهل ان يوضح بطئ الدورة برد الاطراف والضعف والهبوط الذى يقع فيه المريض وربما وضح به ايضا بعض الاعراض الاخر التى ذكرها المؤلفون وستأتى
الرابعة ان الوسائط العلاجية التى تستنتج من الاعتبارات السابقة هى اولا ان يقاوم الامتلاء العام ببعض استفراغات وثانيا ان ينبه الجلد بالدلك والمروخات المهيجة واستعمال خرق الصوف والاستعانة بجميع الوسائط المخصوصة بارجاع التنفيس الجلدى واما الاستحمامات البخارية التى وضع لها بيلجوت جهازا جميل الاختراع فى بيت اللقطاء فلا ينتج منها على حسب تجريبات الطبيب بارون نتايج نافعة كنفع الدلك بالصوف ووضعه على الجلد اذ تنفس الطفل مدة مكثه فى حمام البخار قد يكون احيانا متواترا شاقا وشوهد انه حصل عقب استعمال هذه الاستحمامات احتقانات دموية وانصبابات

فى

فى الرئتين او المخ

فهذه هى المستنتجات التى تستخرج طبيعة من الاعتبارات والمشاهدات المذكورة فى هذا المبحث ثم نتم الكلام بذكر امر ينبغى التنبيه عليه وذلك انهم من مدة طويلة نسبوا كثرة موت المولودين الذين حملوا الى بيت اللقطاء لتيبس المنسوج الخلوى ونظن ان ذلك غلط فانه كثيرا ما يوجد مع هذا الداء آفات فى المخ او الرئتين او القناة المعوية مع ان هذه اثقل واخطر واكثر اهلاكا من الاوذيما فان عدد من مات من الاطفال بهذه الاوذيما اى تيبس المنسوج الخلوى بدون ان يوجد مع ذلك آفة ثقيلة فى بعض الاعضاء بلغ فى سنة ١٨٢٦ عيسوية خمسين وها هو بيانها فى دفتر الموتى بالمارستان

جنفيير	٨	جوليت	٠
فورييه	٢	اووت	٢
مرس	٤	سبتمبر	٢
افريل	٨	اوكتوبر	٣
ميه	١٣	نوفمبر	٠
جوين	٤	ديسمبر	٤

واكثر من دخل المارستان من الاطفال المتيبسين كان فى شهر ميه وشهر نوفمبر وكان موت معظمهم وخصوصا فى الشهر الاخير بآفات ثقيلة جدا فى اعضائهم وسيما الرئة لا من الاوذيما اى تيبس المنسوج الخلوى

فاذا كانت الاوذيما موضعية او كانت عامة لكن قليلة الوضوح لم يلزم اعتبار هذا الداء مهلكا ولا يصير كذلك فى الحقيقة الا اذا سبب او دام او تضاعف بآفة فى عضو من الاعضاء الرئيسة للحياة وذكر بعض الاطباء حالة نزيف من السرة عرض فى اليوم التاسع بعد الولادة لطفل مصاب بتيبس فى المنسوج الخلوى محدود فى القسم الخلفى واستعملت جميع وسائط لايقافه فلم تؤثر شيأ وتجدد النزيف اربع مرات ومات الطفل بعد حدوث العارض بثنتين واربعين ساعة ولما فتحت جثته وجد الشريان السرى الايمن مفتوحا ووجد الشريان السرى

الايسر والوريد السرى منسدين بخلطة من دم جامد بارزة نحو السرة فهل كان سبب بقاء التزيف هنا هو تيبس المنسوج الخلوى ظن صاحب المشاهدة ان تراكم المصل فى الجزء السفلى من جدران البطن سبب ضغطا على الشرايين الصغيرة التى تنفذ فى هذه الجدران فلم تقدر تلك الفريعات الوعائية على قبول الدم الذى ينفذ اليها عادة فذهب هذا السائل نحو الفروع الكبيرة وفاض بمقدار عظيم من الشرايين السرية التى هى فى هذا السن هى الشرايين الرئيسة للعوض واذ قد عرفت مستنتجات هذه المشاهدات وتصورت منها بعض اعراض الداء فلنسرد لك تلك الاعراض وغيرها مما يشاهد فى سيره فنقول ان الصفات التى تعلن به هى ان يحصل من الطفل هجر للرضاع وصياح له صفة مخصوصة واضطراب مستدام ليس معه الحركات التشنجية وجفاف فى الجلد وهبوط فى درجة حرارته وسيما الاجزاء التى ستصاب به والعادة ان الداء يبتدأ بالاطراف البطنية وقد يبتدأ بالاطراف العليا والغالب ان الخدين يصابان مع ذلك بالانتفاخ ايضا فاذا كان سير الداء سريعا اصاب البطن والصدر وان قيل ان الداء لا يمتد لذلك اصلا والانتفاخ فى الاطراف يكون دائما عظيما ويميز بشدة الصلابة ويصيب بالاكثر الجزء الوحشى من الساقين بحيث يظن بمجرد النظر ان فيهما اعوجاجا ويكون الجلد المغطى للاجزاء المصابة بالتيبس ورديا قليلا او احمر غامقا او بنفسجيا او منتقعا واذا ضغط عليه بطرف الاصبع زال منه اللون الاحمر وخلفه دائما لون اصفر تختلف شدته فاذا كان سير الداء حادا كان البرد العام سريع السير وعسر تمييز النبض ثم يضعف الصياح ويزيد برد الاطراف ويبوستها وصلابتها وتزيد تلك الصلابة احيانا بحيث تشبه صلابة العضلات فى التيتنوس وتشاهد تلك الظاهرات فى الجذع ايضا وان كانت اقل درجة فى الشدة والتنفس يكون فى الاول متعبا ويزيد التعسر شيأ فشيأ وينقطع الصياح ويصير الوجه منتقعا ويزول الاحساس بالنبض واسأ وتموت الاطفال كأنهم مختنقون وموت معظمهم يكون من الاول الى الثالث من ظهور الداء اومن الرابع الى السابع وبعضهم نحو

العاشر

العاشر او الثانى عشر بل او العشرين ولا تندر مشاهدة مكث هذا الداء شهرا او ستة اسابيع واذا كان الداء مضاعفا بالتهاب فى المخ او الرئتين شوهدت اعراض ذلك الالتهاب ككزاز الاسنان وانقلاب الجسم الى الخلف واذا قرع على الصدر يسمع صوت اصم فاذا كان الداء قابلا للشفاء كان فى سير الاعراض بعض بطئ ويكون التيبس متوسط الكثافة مقصورا على سعة قليلة ولا يكون البرد شديدا او يكتسب الصوت بعض قوة ويسهل التنفس ويظهر النبض ويزول انتقاع لون الجلد وتظهر فيه الحرارة الرطبة وقد يتفق اذا كانت الاوذيما مقصورة مثلا على بطن الساق او القدمين حتى وان كانت المعالجة جيدة السير ان يلتهب الجزء المنتفخ ويصير شديد الحمرة ذا قوام متين وحرارة قوية وشبه بعضهم هذه الحالة بحالة التهاب الاطراف من البرد فى البالغين فتعرض الحمى حينئذ ويضعف الطفل تدريجا ويموت فى الرابع وذكر دوجيس لهذا الداء صنفين يتميزان عن بعضهما فى الاسباب والعلامات والسير احدهما التيبس الاوذيماوى وثانيهما التيبس المنعقد وقال ان الاوذيماوى يحصل للاطفال الضعاف وربما حصل من البرد وحده ويكون فى الاول محدودا فى اليدين او الرجلين ويشفى من ذاته غالبا اذا لم يشتد فاذا اشتد كانت صفاته ما سبق واما التيبس المنعقد فيصيب الاطفال الاقوياء السمان ويكون نتيجة برد شديد طويل المدة ويصيب غالبا الاعضاء التى فيها شحم كثير فتكون الخدان والساقان والساعدان والفخذان والبطن والعنق والصدر متتابعة او كلها معا متيبسة فى صلابة الخشب ولا تنقاد للضغط وتكون درجة الحرارة جليدية تشبه الاجزاء المتيبسة بالبرد من رمة متجلدة والجلد يكون منتقعا مصفرا واذا وضع الطفل فى حمام بخارى تكونت منه نقط تجمع لبعضها بسرعة على الجلد المتيبس بحيث يعسر جدا تسخينه حتى لو وصل الى ذهاب هذا البرد الموضعى لم تذهب الصلابة وظن بعضهم ان هذا الداء يشتبه بما يسمى بداء برباد (وهو داء شوهد بجزيرة برباد جزيرة من جزائر انتيلة بالاميرقة ويقوم من التهاب فى الساق يشبه الالتهاب الذى تنتجه حمى داء الفيل لكن بدون

تيبس فيكون العضو احمر وترتفع عليه نقاطات كما فى الحمرة ويحصل التقشر بعد زوال الاعراض الالتهابية) ولكن الفرق بين الدآء الذى نحن بصدده هنا وبين دآء برباداان الاول لا يصاب فيه الجلد او يصاب قليلا بخلاف الثانى فان الجلد هو المصاب بالذات واما اشتباهه بحمرة المولودين جديدا او بالبرقان فبعيد عند الطبيب الماهر ثم اذا علمت ما استنتجناه فيما سبق من مقاومة الامتلاء العام وتنبيه الجلد ليلين وتقوى فيه الدورة والحرارة ويمتص السائل المنصب فيه علمت ان وسائط ذلك هى الاستحمامات والتبخيرات والكمادات بمطبوخ النباتات المرخية اولاثم العطرية والضمادات وماء جولارد ومطبوخ الكينكينا المقوى بالعرقى المكفور والغسلات بالماء الملح او ماء الصابون واوصوا ايضا بوضع الاطراف المصابة فى الرمل الحار وبالحراريق قرب الاجزآء المصابة ما امكن واللزق الخردلية وبوضع بعض علق خلف الاذن لمقاومة الاحتقان المخى اذا كان موجودا لكن ذكر الطبيب باليطه انه عالج ثلاثة واربعين طفلا مصابين بتيبس المنسوج الخلوى فشفى منهم اثنان واربعون بوضع العلق على الساقين والحمامات الحارة قال والغالب انه يكفى وضعه مرة واحدة خصوصا فى الاطفال التامة اشهرهم ووضعه مرتين لعشرة ولدوا قبل تمام اشهرهم وثلاث مرات لطفلين وذكران بروسيه اوصى لعلاج هذا الدآء بوضع العلق على الصدر ومع ذلك كله يختار لرضاع المولود مرضعة جيدة اللبن

الباب الثانى
فى امراض الجهاز الهضمى

تنقسم القناة الهضمية كما قسمها مكيل الى جزء عنقى وجزء صدرى وجزء بطنى او تحت الحجاب الحاجز فالجزء العنقى يحتوى على الفم وتوابعه فنذكر اولا اشكال هذه الاجزآء ومنظرها فى حالة السلامة سوآء فى الحياة داخل الرحم او بعد الولادة

فالتجويف الفمى يكون قليل السعة فى الايام الاول من الحياة الجنينية ولا يستحق ان يطلق عليه تجويف حقيقى الا بعد شهرين ويكون معظمه مملوأ

باللسان وتكون حركات الفك الاسفل محدودة بحيث يشك الى الآن فى حصول
حركات فى هذا التجويف شبيهة بحركات الازدياد ولون الغشاء الفمى والغشاء
اللسانى لا يوجد فيه ما هو عظيم الاعتبار الى ستة اشهر اما من هذا الزمن
الى تمام الحمل فيلزم له بعض اهتمام فيمكن ان يتلون ويحتقن كثيرا او قليلا فقد شرح
بتشديد الراء بليار ثلاثة اجنة فى ذلك السن ورأى لون الغشاء فى احدهم احمر
بنفسجيا وفى الاخيرين احمر كالحا والغالب ان لون الغشاء الفمى من الشهر
السابع الى التاسع يكون ورديا غامقا وحلمات طرف اللسان تكون بارزة
وحلمات قاعدته ترتسم اعظم من الاولى وتبرز اكثر منها وقوائم اللهاة واللهاة
نفسها تكونان على الهيئة التى تكونان عليها فيما بعد والمسافة الفاصلة لهما عن
الفوهة المقدمة للفم عظيمة فى الحس ومن جهة اخرى يكون الجداران الجانبيان
لهذا التجويف متباعدين عن بعضهما والفك السفلى يصير متحركا بحيث اتسع
تجويف الفم وزاد تحرك الفك يجوز ان يفعل الطفل بعض حركات شبيهة
بحركات المضغ وذلك هو ما يحصل بالفعل اقله بمقتضى المشابهة والمشاهدات
والتجريبات التى فعلها هاليرو بعده بكلار فى الحيوانات

وعند الولادة يكون الغشاء الفمى فى الغالب احمر جدا ومثل ذلك ايضا اللسان
واللثة فتكون تلك الاعضاء كلها مجلسا لاحتقان دموى شبيه باحتقان
الغشاء الظاهر اى الجلد بحيث يظن بمجرد النظر لناظره انه ملتهب عند من لا يعلم
صفته الآن ثم يتناقص منه هذا اللون شيأ فشيأ والغالب ان يكون ذلك
التناقص على النسبة لتناقص لون الجلد لان الاطفال الذين جلودهم متقدة
اللون يكون غشاؤهم المخاطى الفمى قليل التلون اذا لم يكن ملتهبا

والغدد اللعابية تكاد ان لا تشاهد فى الثلثين الاولين من مدة الحمل وانما يبتدأ
ظهور حجمها نحو الشهر السابع من الحمل ولا تكون فى الابتداء الا بعض
حبوب مختلطة بالنسيج الخلوى الفمى فانما تتراكم من السابع الى التاسع حتى
تصير على الشكل المخصوص بها وقنواتها الدافعة تنفتح فى تجويف الفم
بثقب يكاد ان لا يشاهد قال بليار والغدد التى تحت اللسان هى التى تظهر دائما

اولا ثم التى تحت الفك ثم النكفتان
وتلك الغدد عند الولادة تكون مجرد رسم لكن لم تلبث قليلا حتى تنمو بشدة ثم فى نحو الشهر السابع من الولادة اعنى عند ظهور الاسنان الاول القواطع يزيد حجم الغدد تحت اللسان والنكفية ويحصل منها افراز كثير ويظهر ان نموها وشدة فعلها يكونان اوضح كلما كانت جدران الفم وسيما اللثة اكثر احتياجا للتندية واللين وفى هذا الباب اربعة اقسام

القسم الاول
فى امراض الفم

وفى هذا القسم اربعة فصول

الفصل الاول
فى عيوب التكون

وفى هذا الفصل خمسة مباحث

المبحث الاول
فى عدم وجود الفم

عيوب التكون فى الفم وعيوب الوجه عموما شرحها جيدا الطبيب لروش فى مباحثه الجليلة الابتدائية وميز عدم وجود الفم رأسا عن انسداد فوهته المقدمة واخذ الشكل منها اسما من اليونانى سماه بمعناه ماذكر وهما استوميا اى عدم وجود التجويف الفمى واتريسيا الفم اى انسداد فوهته المقدمة فعدم وجود التجويف الفمى يشاهد اذا وقف نمو عظام الوجه وسيما اذا عدم الفك الاسفل اى لم يوجد وهذا التشوه لا يمكن علاجه والطفل المصاب بذلك لم يلبث فى العادة قليلا حتى يموت قال لروش واحيانا يوجد بدل الفم فتحة غير منتظمة وان كانت موضوعة اخفض جدا من موضع فتحة الفم وبينها وبين الحنجرة والمرئ اتصال وشوهد ايضا بدل الفم ثقب فى الخد الايمن ثم ان الفم فى الجنين الصغير الذى عمره من خمسة اسابيع الى ستة مثلا لا يكون مطبوقا فى الحقيقة غير ان الشفتين تقربان لبعضهما فتكون فتحتهما ضيقة جدا بحيث

لا يظن

لا يظن ان هناك فتحة مع انه يمكن تحقيقها بان تفصل الشفتان عن بعضهما بسن
ابرة فيميز حينئذ جيدا تجويف الفم مملوأ كله باللسان الذى يأتى حتى ينتهى
فى حافة الشفتين ثم تعظم هذه الفتحة فى الحالة الطبيعية شيأ فشيأ ويزول تجاور
حافتى الشفتين ثم فى تمام الشهر الرابع تقريبا يصير مجمعهما من كل جانب
محاذيا لخط مستقيم نازل من الجزء المتوسط للشق الجفنى ثم فى الشهر السادس
الى السابع والتاسع تكتسب هذه الفتحة قطرا مناسبا لاقطار الاجزاء الاخر
من الرأس

المبحث الثانى

فى انسداد الفم

اذا اتفق تهيج حافتى الشفتين والتهابهما فى زمن ما من ازمنة الحياة داخل الرحم
التصقتا كلا او بعضا ومن ذلك تعلم امكان حصول الانسداد التام وغير التام
لهذه الفوهة المقدمة من الفم وامثلة هذا العيب قليلة فاذا اتفق وجوده لزم
سريعا علاجه بشق افقى مناسب الاتجاه على الخط الذى يدل على محل فتحة
الفم ثم يمنع التصاق الشفتين بان تحفظا متباعدتين ومنقلبتين برفائد ورباط
مناسب فيوضع مباشرة على الاسطحة المدممة خرقة رفيعة مدهونة بمرهم
بسيط فاذا كان الالتصاق جزئيا كانت العملية سهلة فتدخل الاصبع فى فم
الطفل ليعرف عرض الالتصاق اى اتساعه ويوجه عليها مشرط مع حفظ
الاجزاء السفلى من الفم عن ان تتأثر من الآلة فاذا كانت الشفتان ملتصقتين
باللثة لزم قطع الجهة الالتصاق بمقراض او بيدل بشرط اذا كان التصاقهما
باللثة بجميع سطحهما الباطن وان كان هناك عيب آخر من العيوب الآتية
يعالج مع ذلك ويمنع التصاق الاجزاء المنفصلة بعد ذلك بما يناسبها مع غاية
الانتباه ولا ينبغى ان يشتبه عليك ضيق الفم بالانسداد الجزئى الذى ذكرناه
لان الشفتين فى هذا الانسداد ملتصقتين بدون ان تفقد المسافة المحاذية للفم
شيأ من سعتها بخلاف ضيق الفم فانه يقوم من هيئة مخصوصة فى الشفتين بحيث
لا يبقى بينهما الا خلو ضيق يمكن استخدامه فى الاستعمال المعهود لهما وقد

يكون هذا الضيق نتيجة انقباض تشنجي في العضلة المستديرة للشفتين لكن الغالب حصوله من حرق اوفقد جزء بعد استئصال ورم اوبعد خراج بحراني اوخنازيري اوجدري اونحو ذلك فاذا كان ناشئا من انقباض تشنجي في العضلة المذكورة عولج الداء بمضادات التشنج فان كان من حرق اوازالة ورم عظيم شق المجمعان بالعرض ومنع التصاقهما بوضع صفائح معوجة من فضة ومن حيث ان حوافي الشق تميل دائما للتضايق يلزم ان يوسع الشق مع الحذر دائما عن اصابة الشرايين الشفوية التي تمر قرب مجمع الشفتين خوفا من حصول نزيف كثير

المبحث الثالث

في العلم بفتح اللام وانفصال قبوة الحنك واللهاة

العلم بفتح اللام هو باعتبار اهل اللغة شق في الشفة العليا اوفي احدى جانبيها واما الفلح بالتحريك ايضا فهو شق في الشفة السفلى ويؤخذ من كلام الثعالبي ان مشقوقهما يقال له اشرم ولما صاحب القاموس فمشى على ان الاشرم مشروم الانف مع ان الثعالبي سماه الاخرم ونحن معشر الاطباء نسمي بالعلم الشق الخلقي في الشفة مطلقا وكانسمي ناذلك سابقا بالشفة الارنبية ترجمة لها من لغة الاوربيين ونسبت للارنب في لغتهم لشبه شفة الانسان حينئذ بشفة الحيوانات القراضة وسيما الارنب حيث توجد فيها تلك الهيئة طبيعة فحقيقة العلم انفصال في شفة المولود العليا وهو الغالب او السفلى وهو نادر كما يندر كون العلم على الخط المتوسط والغالب كونه في الجانب الايسر وهو يكون باختلافات شتى ادناها ان يكون مجرد انفصال في الشفة الى ان يتضاعف بانفصال قبوة الحنك والغلصمة ثم ان العلم اما خلقي وهو الذي نبحث عنه هنا واما عارضي وفي كل منهما اما ان يصيب الشفة كلها اويكون مقصورا على جزء منها فقط كالنصف المقدم لها اوحافتها السائبة فقط وفي بعض الاشخاص يكون هذا الشق الغير الاعتيادي موازيا لمحور الجسم اومنحرفا اومعوجا واما بالنظر لدرجته فالعلم قد يكون بسيطا اومضاعفا وهو تمييز مبهم اكثر من الاول

بالنظر للعلاج فالعلم البسيط يقوم من شق الاجزاء الرخوة نصفين واما المضاعف فتشاهد فيه آفات اخر من انواع مختلفة تضاف عليه فقد يكون مضاعفا اولا بشق مزدوج فى الشفة ويسمى ذلك بالعلم المزدوج وثانيا بشق ارنبة الانف او احد جناحيه وثالثا بفصل قبوة الحنك سواء من الامام فقط او فى جميع سعتها ورابعا بفصل القبوة والغلصمة معا وخامسا باتجاه معيب للاسنان المحاذية للعلم وسادسا ببروز العظام المستندة عليها الشفة المريضة وسابعا بعدم وجود قبوة الحنك كلها او عظم الميكعة ومن المهم جدا معرفة تشريح الاعضاء التى حصل فيها هذا الداء معرفة صحيحة لتعلم كيفية ظهور هذا العيب فيها وجميع ماسنذكره هنا انما ينسب بالاكثر للعلم الخلقى فى الشفة العليا فحافتا الشق فى العلم تكونان حمراوين مخاطيتين ملفوفتين يشبهان بالاكثر الحافة السائبة للشفة الجيدة التكون وبين الحافتين مسافة مثلثة الشكل ناتجة من انقباض حاصل فى العضلات المحركة فى جهتين متقابلتين فى الشفة وانف المصابين بالعلم يكون دائما فيه قليل تفرطح لان جناحيه يتبعان الشفة فى انقباضها كثيرا او قليلا والحاجز الانفى فى العلم المضاعف ينمحى من الاسفل وقد يكون المجلس الحقيق لاحد الشقين فى العلم المزدوج على الخط المتوسط لكن الغالب كونهما معا جانبيين ويتوسط بينهما زر صغير او حلمة فى موضع الجزء من الشفة الذى ترتسم عليه النثرة اى الفرجة بين الشاربين حيال وترة الانف وهذه الحلمة تختلف فى الشكل والحجم فتارة تكون كرية صغيرة جدا وتارة على شكل مثلث قاعدته من الاسفل وتكون اطول مما فى الحالة السابقة وتنزل الى الحافة السائبة للشفة وتعدم بالكلية فى العلم الاكثر تضاعفا اى بان يفقد جزء عظيم من الشفة والقوس السنخى العلوى وينشأ من ذلك تشوه فى الفوهة الفمية يسمى عند عوام الاوربا فم الدب

ثم ان الحافة السنخية تميل لان ترتفع وتنمو فى الفرجة المفتوحة فى الشفة بان تحصل فى تلك الحافة ضخامة وكذلك الاسنان القواطع فيها ميل لان تتجه حينئذ الى الامام فتصير بارزة الى الخارج وانقسام قبوة الحنك فى العلم

المضاعف يعرض ايضا لتشوهات مختلفة من المهم معرفتها فتارة كما قلنا يكون تاما اى يمتد من الحافة السنخية الى اللهاة وتارة يكون مقصورا على النصف او الربع المقدم من الفم لكن نزيد على ذلك ان هذا الشق الحنكى من الخلف يلزم ان يكون متوسطا اما من الامام فتارة يكون متوسطا وتارة جانبيا ثم ان الخلف يكون دائما بسيطا بخلافه من الامام فقد يكون مزدوجا فاذا كان شق القبوة مزدوجا وتاما كان قائما من عدم وجود المفصل فى الجزئين الافقيين من عظمى الفك العلوى وعظمى الحنك فاذا كان من الامام جانبيا بسيطا او جانبيا مزدوجا كان هناك عدم التصاق النتو المقدم لعظم واحد من عظمى الفك العلوى او لهما معا وذلك النتو لا يميز فى الانسان الا فى الازمنة الاول من الحياة اما فى معظم الحيوانات فينضم بواسطة درز مع عظم الفك العلوى ويقوم منه ما يسمى بالقاطع

فاذا كان شق القبوة الحنكية متوسطا بقى عظم الميكعة سائبا من الاسفل ومنخسفا قليلا بين عظمى الفك العلوى والحنكيين منفصلا عنها واحيانا ينضم معها بالغشاء المخاطى الشمى فان كان الشق جانبيا بسيطا بقى عظم الميكعة منضما من الامام بالعظم الفكى السليم فاذا كان الشق جانبيا مزدوجا حملت الميكعة من الامام الزر المتوسط من القبوة الحنكية المكون من العظمين القاطعين وهذه القطعة الغير الممسوكة من الجوانب تميل دائما الان تذهب الى الامام فى المسافة الخالية بين حوافى تفرق اتصال الشفة فالقبوة حينئذ يوجد فيها من الامام شق لكل حفرة انفية وفى بعض الاحوال النادرة حيثما تفقد القبوة رأسا لا يتكون من الفم والحفر الانفية الا جيب واسع لم يشاهد فى وسطه حاجز اصلا لعدم نمو عظم الميكعة والصفيحة العمودية المصفاوية والصفيحة الغربالية واحيانا يفقد ايضا العصب الشمى والفرع الانفى الحنكى الآتى من عقدة مكيل ويوجد فى المخ تشوهات عجيبة بان يكون سطحها اكثر استدارة من العادة ويختلط فصاه ببعضهما من الاعلى حتى يصيرا قطعة واحدة واما الغلصمة فسيأتى الكلام عليها

اسباب هذا الداء * اما العلم العارضى فيحصل دائما من جرح اوتقرح
فى الشفة فتلتحم كل حافة على حدتها واما العلم الخلقى فيظهر انه ينشا من انخرام
حصل فى تكون الشفة اى فى وضع اجزآئها بحيث بقيت هذه الاجزاء
حافظة لصورها الاصلية زمنا ما اكثر من العادة لكن يقال ما السبب لهذا
الانخرام المانع لنمو الشفتين نموا اعتياديا هذا هو العسر الذى كثرت فيه
الاقاويل الآن واتسعت فنها خرافات هجرت عند اهل العلم وبقى منها شئ عند
العامة وهو ان ذلك من تخيلات الام مدة حملها بسبب رؤيتها طفلا مصابا بهذه
العاهة اورؤيتها ارنب اوغيره من الحيوانات القراضة التى فيها ذلك واضح منتظم
فى الشفة العليا ومنها اشياء غير ذلك ونهاية ما نقول ان هذا التشوه يتوافق
فى حالة التضاعف مع آفات فى المجموع العصبى كاستسقاء المخ اوعدم كماله اوعدم
وجوده رأسا اوجزء منه سوآء اعتبر عدم هذا المجموع اصلا لعيب الشفة
والقبوة اونتيجة له ولاشك اننا اذا قلنا بالاول كما هو رأى بكلار تقهقرت
الصعوبة وذهبت من هنا الى المجموع العصبى وحيث لم نقف الآن على السبب
الحقيقى لهذا الدآء نقصر دراستنا على طبيعته ونبحث عن كيفية تأثيره لعل
بذلك نصل اليه وذلك هو ما اشتغل به المشرحون وسيما مكيل فكلهم اثبتوا
ان هذا العيب ناشئ من وقوف فى نمو الشفة واذا ذكرنا لك كاميات فى النمو الطبيعى
لهذا العضو تخيلت كيفية حصول هذا العيب فجميع المؤلفين قالوا ان الشفة
تنمو بثلاث نقط نقطة وسطى ونقطتين جانبيتين فاذا لم تنضم بعضها هذه النقط
الثلاث بل بقى بينها الخلية فاصلة لها عن بعضها فى الازمنة الاول من الحياة
الجنينية ولد الطفل مزدوج الشفة اى منفصلة شفته الى جزئين قائمين يتجهان
بانحراف الى الوحشية اى الخارج فاذا لم يحصل فى تلك الاجزآء الا انضمام واحد
وبقى جزء منها منعزلا وجد شق واحد على يمين الخط المتوسط اويساره ولم يرتض
هذا الرأى بعض مهرة الاطباء ممن لقيناهم والمختار الآن رأى الجراح
صانصون واقره بلندن وذلك ان الشفة العليا واللهاة يتوافقان وينطبقان
فى نموهما مع الجزء من القبوة الذى يلامسانه مباشرة لان هذا الجزء من

جدران الفم مكون من قطع موضوعة على جانبي الخط المتوسط وانضمام اغلبها
يعين على تكون الخط البارز المتوسط لجزأن يقوم منهما من اول الامر النصف
الخلفي اعني اللهاة والجزء المتصل بها اى القريب اليها من القبوة واربعة اجزاء
تنسب للجزء المقدم من الحنك وللشفة العليا ففي الشفة يعجل انضمام الجزءين
المركزيين قبل غيرهما بحيث يقوم منهما نواة تصير منفردة مع انها كانت
فى الاصل مكونة من جزءين متماثلين فى التوازى وهذا الانضمام السريع
هو الذى غرّ بلومنباك ومكيل وبكلار وغيرهم حتى ظنوا ان الشفة العليا انما
هى مثلثة النقط فقط فى الاصل وتلك الحالة ايضا هى التى بسببها كان
الخط البارز المتوسط لهذه الشفة قليل البروز جدا بحيث يكون نتوا صغيرا
فى الحافة السائبة للشفة ومثل هذا التكون من النقط الاربعة حاصل وثابت
فى جزء القبوة المجاور لها الموضوعة هى عليه وهيكل هذه القبوة يبقى مكونا
زمنا طويلا من نتوات عظمية مشابهة للعظام القواطع ومن العظام الفكية
العليا الحقيقية والانفصال المتوسط الاصلى للشفة العليا فى الحيوانات اظهر
مما فى الانسان بل قد تبقى هذه الهيئة فى بعضها كالحيوانات المجترة وكبعض
الكلاب مدة الحياة فى حالة منتظمة واما الشفة السفلى فتتكون من قطعتين
يحصل من انضمامهما الخط البارز ولذلك يحصل فيها ما يحصل فى الجزء المقدم
من الفك الحامل لها فالعلم فيها دائما متوسط لان الشق الاصلى لها متوسط
بخلاف الشفة العليا فان توسط العلم فيها نادر لان الشق المركزى لها يزول
بسرعة ومع ذلك يدرك امكان ازدواج الشق المتوسط للشفة العليا بان يفرض
ان السبب المخصوص اثر عليها فى زمن قريب لزمن تكونها وقد تحقق ذلك
بالمشاهدات وان كان الغالب كون العلم فى الشفة العليا جانبيا بسيطا او مزدوجا
لان الشقوق الجانبية التى توجد فى هذه الشفة تطم بعد طم الشق الاول وبه وجب
ذلك تبقى تلك الشقوق اكثر عرضة لقبول فعل السبب المحدث للعلم فاذا كان
العلم بسيطا كان الغالب وجوده من اليسار لان الشق الشفوى فى هذا الجانب
يزول بعد الآخر بقليل بسبب ان الحيوية قليلة فى جميع الاجزاء اليسرى من

الجسم

الجسم واما اختلاف الحالة التي يظهر فيها شق قبوة الحنك فهي اوضح ايضا من حالة الشفة اعني اذا عرف تولد الحالة الاصلية لهذه القبوة عرف حصول التنوعات الغير الطبيعية فيها فاذا كان الانفصال في الوسط كان ناشئا من عدم انضمام عظمي الفك العلوي فان كان جانبيا حصل في المحل الذي تنضم فيه في الحالة الطبيعية العظام القواطع والفكية العلوية ففي هذه الحالة تميز العظام القواطع جيدا بل اعظم من تميزها في الحيوانات حيث تنضم فيها بعظم الفك المجاور لها بواسطة درز مع ان تميزها في الانسان عسر وشق الجزء المقدم من القبوة الحنكية يجذب معه يقينا شق الشفة بخلاف العكس فليس بلازم وهذا ناشئ من الكيفية التي يحصل بها نمو هذه الاجزاء وذلك لان النقط الاصلية للقبوة تنضم قبل ذلك في زمن كانت فيه نقط الشفة العليا متميزة عن بعضها جيدا ولذا لا يمكن من جانب ان السبب الذي اثر على القبوة في زمن قريب للعلوق ومنع انضمام اجزائها الاصلية لا يؤثر على الشفة العليا مع وجود الشروط المعينة على ظهور العلم فيها ويجوز من جانب آخر ان السبب الذي اثر فيها بعد صار عديم القوة على انتاج شق قبوة الحنك التي انضمت قبل ذلك مع انه قد يؤثر حينئذ على الشفة العليا التي تكوينها متأخر عن تكوين القبوة

واما الاسباب التي تمنع بعد الولادة انسداد الشق المضاعف الذي يقوم منه العلم فكثيرة وذلك لمرور الهواء او الاغذية عليه وحركات حوافي الشق وعلى الخصوص التكوين الجديد لغشاء مخاطي مغطى ببشرة حقيقية ولذلك لم يشاهد اصلا التصاق هذا الشق المكون للعلم بنفسه بخلاف قبوة الحنك فان النمو البطيء لعظامها يعين على الانسداد التام او اقله ان تنقص سعة الشق نقصا حقيقيا ويعين على هذا التناقص عملية العلم في الشفة ومع ذلك تضايق هذا الشق بالتقدم في السن لا يكون سببا لتأخير هذه العملية زمنا طويلا لانها هي الواسطة لشفاء هذا التشوه اذ قد عرف جيدا ان هذا الشق يحصل له بعد انضمام الشفة ميل عظيم للتضايق وان هذا التضايق يمكن عند ذلك ان يصل الى حد بحيث ينتج منه انسداد حقيقي كما شوهد ذلك كثيرا

ثم ان تشوه العلم يكون اظهر كلما اشتدت درجته فيعطى للفم هيئة مخصوصة بشعة اذا كان الشق الشفوى مزدوجا وكانت العظام بين الفكين والاسنان القواطع بارزة الى الامام بروزا زائدا وماعدا ذلك يكون الانف اخفض فى الوسط كلما كان شق الشفة اوسع وكانت العظام اكثر تباعدا فى هذه الحالة يحصل فى الحفر الانفية تشوه بحيث ان ارنبة الانف تتجه الى الخلف وكانها دخلت الى الباطن وتشوه العلم يزيد ايضا مدة الضحك والتلفظ بسبب انجذاب حوافى الشق الى الخارج اى الوحشية انجذابا قويا واذا كان العلم مضاعفا بشق القبوة صار الصوت اصم اخن والتلفظ عسرا ولذلك تتعوق الاطفال زمنا طويلا عن الكلام فاذا كان شق القبوة واسعا كان الازدراد شاقا جدا والاغذية بكبس اللسان عليها تمر فى الحفر الانفية وتنزوى فى تعاريج القرينات فتسبب ثقلا عظيما وعطاسا متعبا فاذا تيسر للطفل مص الحلمة والتغذية كان ذلك من سعده واللطف به

واما العلم المضاعف بعدم وجود القبوة الحنكية وعظم الميكعة وجسم عظم المصفاة فيصحبه دائما عدم كمال المجموع المخى وذلك يؤدى الى فقد الحياة ولذلك كثيرا ما تصحبه عيوب اخر فى التكون ثقيلة كفقد المخ من اصله

العلاج * الواسطة فى شفاء العلم هو العملية والجراحون لم يتفقوا على السن الذى تعمل فيه فمنهم من اوصى بترك الطفل الى السنة الرابعة او الخامسة حتى لا يتشوش الانضمام من الصياح والحركات الغير المطلوبة وخوفا من عروض هذه التشنجات التى هى كثيرة وثقيلة خطرة فى اول سنى الحياة ومنهم من قال تعمل فى سنى الرضاع ولذلك شفى بها على يد الطبيب بيل طفل له ثلاثة اشهر ومنهم من اوصى بان لا ينتظر الطفل ازيد من ستة اشهر بعد الولادة ومنهم من عملها فى سن عشرة اسابيع وكل منهم يقوى رأيه بمشاهدات ناجحة والذى ينبغى الوثوق به فى الطب العملى هو اولا ان هناك احوالا يلزم فعل العملية فيها بعد الولادة حالا كما اذا كان العلم مانعا من مص الحلمة ومن التغذية وثانيا ان من المناسب ان يبادر بالعملية للاطفال الذين وان لم يتضرروا كما فى المثال

السابق الا ان العلم فيهم مضاعف بشق قبوة الحنك لان عملية العلم ربما انسد منها شق الحنك وثالثا انه يمكن الانتظار بدون خطر الى سن خمس سنين اوست لكن اذا اطيل زمن الانتظار عن ذلك ربما طال زمن الالتحام وبالاختصار لا ينبغى اطلاق القول ولا تقييده فى زمن العملية لما علمت من اختلاف الاحوال

ولا حاجة لازمة الى استعمال الاشياء التى يسمونها محضرات اوالاحتراسات التى ذكرها بعض الجراحين كاللزوقات والعصائب اللزجة والاربطة وغير ذلك مما يمرن حوافى الجرح على تقاربها فان هذا كله هجر رأسا كما لا ينبغى ان يستعمل ما امر به بعضهم من منع نوم الطفل بعض ايام قبل العملية او ان يؤمر بالمخدرات التى تقهره على النوم زمنا طويلا بعد العملية فهذا كله ليس بلازم وانما يكفى ان يكون الطفل جيد الصحة ليس معه نحو زكام ولا التهاب حنجرى ولا نحو ذلك مما يثير السعال والعطاس اللذين يضران الالتحام ويصيران العملية ثقيلة وغير تامة النجاح ويلزم ايضا ان يبعد عن رأس الجنين قبل العملية ما يثير الهرش والاحتكاك لما ان ذلك يغير انتظام الرباط الذى يعين على حفظ حوافى الجرح منضمة

ثم ان تلك العملية قائمة من جزءين ادماء الحوافى وضمها بعد ذلك فالادماء يصح ان يعمل بكيفيتين اولاهما ان يفعل تقرح سطحى فى الغشاء المغشى للاجزاء المنفصلة وثانيهما ان يقطع شئ من تلك الاجزاء حتى يصير لها سطح دام شبيه بسطح جرح جديد فالتقرح السطحى عمل بطرق كثيرة فالعرب وخصوصا ابو القاسم الزهراوى فى بعض كتبه استعمل الكى بالحديد المحمى وغيرهم استعمل زبدة الانتيمون اولزوقا مقرحا اومحلول البوتاسة اوالحمض الكبريتى اوغير ذلك وذلك كله هجر الان لكثرة عيوبه فاولا انه يبقى الشكل المبروم لحوافى الفتحة بحيث لا يزول بالكى فينتج من ذلك انها لا تنضم الا وتترك امام الشفة وخلفها ميزابا عميقا وهو تشوه لا يمحى وثانيا انه لا يمكن الانضمام الا بعد زمن طويل بحيث يكون ذلك معرضا لاصابة الحوافى بعدم الانتظام

فيتشوش بذلك انتظام الالتحام ولذلك كان المختار هو ازالة جزء بالآلات القاطعة ويوجد لهذه الطريقة اصل عند العرب وان فضلوا عليها الكى كما قلنا لخوفهم من النزيف الذى كانوا يتعبون فى علاجه وعدم جسارتهم على استعمال الآلات القاطعة والمستعمل الآن من تلك الآلات هو المشرط اوالمقراض والثانى هو الاحسن والاسهل وان زعم بعضهم انه يسبب هرسا والماوان شكل الجرح الذى يحصل منه يتكون من مسطحين منضمين بزاويتيهما نحو وسط حافة الشفة ومتجهين اتجاها متخالفا لكن هذه كلها امور واهية اذا قوبلت بالمنافع التى منها سرعة العمل

ومعظم هذه الاخطار لاتبقى اذا استعمل مقراض جيد كمقراض دبوة الطويل الشعب المقورة صفائحه القاطعة ومع ذلك عيوب المقراض معدومة كلها من المشرط لان ايلامه قليل وقطعه جيد منتظم عمودى فى جميع سعته على سطح الشفة ولذلك فضله بعضهم على المقراض وعلى كل حال سوآء استعمل المقراض اوالمشرط يلزم ان يزال جميع الجزء المستدير الاحمر من الحافة مع اخذ نحو نصف خط من الجلد ايضا ويلزم ان يؤخذ ايضا الجزء المستدير الذى هو على شكل حوية حمرآء ويكون من الاسفل فى كل جانب من جانبي الشق فان بدون ذلك يكون الانضمام غير منتظم من الاسفل ويبقى بذلك بعض التشوه فاذا كانت الحافتان متساويتين فى الطول ازيل من احدهما مثل مايزال من الاخرى فان لم يتساويا فى الطول لزم ان الجزء الذى يرفع من القصيرة تكون قاعدته اوسع من الاخرى فالامر المهم هو انضمام الشقين على زاوية حادة واما تثبيت الشفة عند القطع فيكفى له الاصابع اذا استعمل المقراض ويلزم جفت بعد وضع صفيحة من خشب اومقوى بين الشفة واللثة اذا استعمل المشرط فلاحاجة للجفوت التى عينوها لاجل ذلك وانما ننبهك على انه ينبغى ان تسهل العملية بفصل الشفة اى قيدها عن القوس السنخى ليكون قطعها سريعا ويقطع ذلك القيد بالعرض واما الانضمام فالمختار فيه الخياطة وان تكون لفية لان بها تتقارب الحوافى جيدا ويمتنع النزيف الحاصل من

قطع

قطع الشرايين الشفوية ويمتنع ايضا انفصال الاجزاء المتقاربة وان تكون بابر
من صلب اوفضة اوذهب يلف عليها خيوط مشمعة على هيئة ثمانية بالرقم
المغربي اى الافرنجي ثم يتم ذلك بدفع الخدين الى الامام بواسطة رباط ضام
واحيانا يزاد على ذلك العصائب اللزجة واما كيفية العملية فسنذكرها على الاثر
فى العلم البسيط ثم المضاعف

الاولى كيفية العملية فى العلم البسيط * يحضر مشرط اعتيادى ومقراض
قوى وجفت تشريح اوكماشة وابر مفرطحة من حديد طولها قيراط ونصف
واحد طرفيها ذوسن وحواف قاطعة وطرفها الآخر مبروم بدون رأس فيه
ويصح ان تكون الابر كما قلنا من فضة اوذهب اوبلاتين ولكن تنتهى بطرف
من فولاذ ويحضر خيطان مشمعان مكونان من اجتماع ثلاثة خيوط اواربعة
بواسطة الشمع وطول احد الخيطين ثلاثة اقدام والخيط الثانى اقصر من الاول
ورفادتان صغيرتان يوضعان تحت اطراف الابر ورفادتان درجيتان مربعتان
اقوى من الاوليين بحيث اذا وضعتا على الخدين لم يحصل من الرباط الضام الذى
يلزم ان يمر فوقهما ضغط على اطراف الابر ثم قطعة خرقة عرضها ثلاثة اصابع
وطولها يكون بحيث اذا وضع جزؤها المتوسط على قمة الرأس فطرفاها اللذان
ينزلان على الخدين ويدخلان تحت الرباط الضام الحافظ لهما اذا رفعا بعد وضع
هذا الرباط يمكن ان يتصالبا على قمة الرأس ثم رباط طوله من اربعة اذرع
الى خمسة وعرضه قيراط ونصف ويلف هذا الرباط من طرفيه ليصير كرتين
ووظيفته تثبيت قلنسوة المريض على رأسه ثم رفادة اخرى تعمل على هيئة
المقلاع ويحضر ايضا لمن اراد العمل بالمشرط الواح صغيرة من خشب اومقوى
سمكها خط وعرضها من اثنى عشر الى خمسة عشر خطا وطولها ثلاثة اصابع
ومستديرة من احد طرفيها فهذه هى الآلات والجهاز اللازم تحضيره للعملية
ويلزم للجراح مساعدان احدهما يثبت المريض والآخر يناول الجراح ما يلزم له
من الآلات

ثم يوضع المريض تجاه شباك مضيء على كرسى اذا كان غير صغير جدا

وعلى ركبتى مساعد اذا كان طفلا ويسند المساعد الجالس خلف المريض
دائما رأس هذا المريض على صدره واضعا يديه على خديه امام الجزء السفلى
للعضلة الماضغة نحو المحل الذى يتصالب فيه عظم الفك الاسفل فى اتجاهه
مع الشريان الوجهى وكأنه يضغط على هذا الشريان ويمسك ايدى
الطفل مساعدون جالسون على جانبيه ويحاط بملاءة تلف عليه ليحفظ من الدم
الذى يسيل مدة العملية واما الجراح فيجلس امام المريض ويمسك الشفة باليد
اليسرى بحيث يكشف الثنية المخاطية التى تثبتها بالحافة السنخية ثم يقطع
بالمشرط فى مرة واحدة هذه الثنية بالعرض ثم يمسك الحافة اليمنى للعلم بالابهام
والسبابة اليسرى ويأخذ المقراض ويجعلها بين شعبتيه بحيث تكون احداهما
من الامام والاخرى من الخلف ويكون حدهما القاطع عموديا على السطح
لهذا الجزء ويشق فى مرة واحدة شقا يصعد به اعلى عن الزاوية العليا من تفرق
الاتصال بقليل ويأخذ فيه جميع الحافة الحمراء المبرومة ثم يمسك بالجفت الجزء
السفلى للحافة اليسرى من العلم ويمدها جاذبا لها الى الاسفل ثم يفعل بالمقراض
الذى مسك وهيء كما فى المرة الاولى شقا يزيل به هذه الحافة كما فعل بالحافة
السابقة ويوصل هذا الشق بالاول على زاوية ولا بأس ان يتم الفصل بالمشرط
فاذا اراد فعل العملية بالمشرط وضع لويحة الخشب اوالمقوى خلف الجانب
الايمن للشفة الى اعلى زاوية الشق العلى ويضع السبابة والوسطى خلف اللويحة
ويسند الابهام على الجانب الايمن للشق فيثبت بها الشفة على اللويحة ويأخذ
المشرط كما يقطع به من الخارج الى الداخل ويغمس سنه الى اللويحة اعلى عن زاوية
الشق قليلا ثم يضعه على الوجه المقدم للشفة على الخط الذى يلزم ان يفعل فيه
القطع ويقطع فى مرة واحدة جاذبا الآلة اليه فاذا لم يقطع الغشاء الباطن للشفة
بهذا القطع الاول فصل بشق ثان فاذا فرغ الجراح من الحافة اليمنى ينقل
اللويحة خلف الجهة اليسرى للشفة التى يثبتها بظفر الابهام للوضوع على الجزء
السفلى لحافة الشق مدة يكون مساعد يكبس الشفة على اللويحة مستندا
بابهامه على الجانب الايسر للشق ويزيل الجراح الحافة اليسرى لتلك الشق

كما فعل فى اليمنى واختار بوايير هذه الكيفية وفضلها على كيفية المقراض ونحن نختار العكس لسهولته فهذا هو الجزء الاول من العملية ويوقف النزيف بالضغط الذى يفعل على الشرايين الوجهية اومباشرة على الشرايين الشفوية فى سمك الشفة نفسها وانضمام حوافى الجرح جيدا يكفى لايقاف هذا النزيف ثم بعد ذلك يعالج الجرح الذى فعله بان يمسك الحافة اليسرى لتفرق الاتصال ويجذبها الى الاسفل والانسية وتمسك باليد اليمنى ابرة بين الابهام والوسطى مع استناد السبابة على طرفها المحفوف ويوجه سنها بعد دهنه بالشحم اوالمرهم نحو حافة الشفة فى المحل الذى ينضم فيه الجلد والغشاء المخاطى ويختلطان بعيدا عن السطح المدمم بخطين تقريبا ثم يغمسها بحركة تتجه بانحراف من الخارج الى الداخل ومن الامام الى الخلف ومن الاسفل الى الاعلى بحيث تسير الآلة فى سمك الشفة الى محل انضمام ثلاثة ارباعها المقدمة بالربع الخلفى فمتى ظهر سن الآلة على سطح الجرح ترك هذا الجانب من الشفة ومسك الجانب الاخر بتلك الكيفية ويقرب للاول ليعرف محاذاة الجزء الذى يبتدأ منه دخول الابرة ثم تغمس الآلة فى هذا الجانب متجهة من الباطن الى الظاهر ومن الخلف الى الامام ومن اعلى الى اسفل حتى تخرج من المحل المحاذى لما دخلت منه فى الحافة الاولى ثم يؤخذ الخيط المتوسط الطول الذى حضر مع الجهاز وتلقى عروة منه حول هذه الابرة ويسلم طرفاه لمساعد يجذبهما الى الاسفل وهذا الخيط كما يخدم لمنع حافتى الجرح عن ان يتباعدا اوتخرج الابرة منهما ينفع ايضا لتثبيت الشفة تثبيتا متينا ولتسهيل وضع الابر الاخر اللازمة والغالب ان توضع ثلاث ابر واحيانا اربع اوثنتان فقط على حسب طول تفرق الاتصال ومن المعلوم ان وضع الثانية والثالثة والرابعة سهل جدا فتغمس الآلة بالعرض فى شفتى الجرح كما فعل اولا ولاجل مساعدة وضع هذه الابر لابأس ان تزلق السبابة من اليد اليسرى خلف الشفة وانما الابرة الاولى وحدها هى التى تتجه من الاسفل الى الاعلى فى الابتدآء ثم من الاعلى الى الاسفل فهذا الاحتراس لها ضرورى لالاجل ان تكون كما قال معظم المؤلفين نحو الجزء السفلى من اثر

الالتحام انتفاخ صغير يشبه الانتفاخ المتوسط للحافة السائبة فى الشفة لان العلم من حيث انه فى الغالب جانبي يكون هذا الانتفاخ فى محل لا يكون فيه فى الحالة الاعتيادية فيكون تشوها جديدا وانما هو لاجل ان يمنع بقاء تقوير على الحافة السائبة للشفة بعد العملية

ثم ان الجراح لاجل تتميم الخياطة يجذب بلطف الى الاسفل عروة الخيط الملتف من زمن طويل على الابرة الاولى ثم يأخذ الخيط الطويل الذى كان محضرا مع الجهاز ويضع وسطه اعلى الابرة السفلى فيتكون من ذلك عروة ثم يوصله الى اسفل الابرة ويصالبه على هيئة ثمانية بالرقم المغربى امام الجرح ويمر به ثلاث مرات او اربعا حول هذه الابرة مصالبا له كما ذكرنا وشادا له شدا لطيفا لتتلامس حافتا الجرح ملامسة جيدة ثم يصعد نحو الابرة الثانية مصالبا فى المسافة الفاصلة لها عن الاولى ويمر بالخيط من خلفها ويرجع به الى الامام فاعلا به تصالبا كالاولى وشادا له بتلك الكيفية وبعد تكرار هذه اللفات ثلاث مرات او اربعا يصعد بالخيط نحو الابرة الثالثة والرابعة اذا كانت هنالك رابعة ويفعل كما فعل فى الثانية ويلزم بعد ذلك ان ينزل نحو الابرة المتوسطة وهنالك يوقف اطراف الخيط بشنيطة وعدد المصالبات التى يلزم فعلها بالخيط يلزم ان يكون بحيث يختفى فيها جميع الوجه المقدم للجرح فاذا تمت الخياطة تقطع قرب الجلد عروة الخيط التى كانت موضوعة على الابرة السفلى ثم توضع الخرق الصغيرة تحت اطراف الابر ويتم ذلك بالرباط الضام للطبيب يتيت اودسولت ويوضع رباط ذقنى اى الرفادة المقلاعية التى ذكرناها فى الجهاز وكيفية ذلك ان يوضع على قمة الرأس وسط عصابة تنزل طرفاها على طول الصدغين والخدين ثم يوضع على الخدين الرفائد الدرجية التى يحفظها المساعد الذى خلف المريض ويدفعها الى الامام ثم يوضع على الجبهة وسط الرباط ذى الكرتين ويثبت بدبوس ويمر بالكرات الى الخلف مارا فوق الاذنين ثم يصعد بهما على القمحدوة مغيرا اليد ويثبت محل التصالب بدبوس ويمر بهما حتى يصل الى الامام مارا فوق الاذنين وعلى رفائد الخدين ثم يسلم الكرتين

لمساعدين ويعمل فى فرع احداهما فى المحل المحاذى للخياطة شقا مستطيلا يدخل فيه الفرع الآخر ثم يجذب الكرات من الخلف الى الامام بالعكس حتى اذا حكم بان قوة الجذب كافية يضع الفرعين على الشفة ويمر بهما على الخدين وتحت الاذنين ليصل بهما الى القمحدوة حيث يصالبهما بان ينقلهما من يد الى الاخرى ومن هنالك يصلان الى الجبهة ثم على القمحدوة ثم على الخدين ثم يفعل ايضا شقا آخر فى احد الفرعين ويدخل فيه الفرع الثانى ويجذبهما بالتخالف حتى يوصلهما الى القمحدوة ويتم الرباط بلفات حول الرأس ثم يرفع فرعى العصابة التى وضعها بالعرض تحت الرباط ويمسكهما على قمة الرأس بدبوس ثم لاجل تحديد حركات الفك توضع رفادة المقلاع على الذقن ولاجل شدة تمكين الرباط يثبت كل تصالب بدبوس

وبعد العملية يلازم المريض الراحة والسكون والسكوت التام حتى يرفع الجهاز الاول ولا يستعمل شيأ من الاغذية الصلبة وانما يستعمل مغليا من طبا وبعض امراق لطيفة تعطى له بواسطة بزبوز ابريق ومما يلزم اذا عرض صداع وصار للمريض مهددا باحتقان مخى او تشنجات ان يؤمر له بحمام قدمى حار او بخردل

الثانية عملية العلم المضاعف * قد تكون عملية العلم اكثر تضاعفا وصعوبة مما ذكرنا وذلك يعرض اذا كان شق الشفة مصحوبا بشئ من المضاعفات التى ذكرناها فلنبحث على تلك الاحوال التى من السعد كونها نادرة

الاول عملية العلم المزدوج * اذا كان الزر الفاصل للشقين صغيرا ومنضما بالخفر لزم ادماء الحافتين الرئيستين للعلم كما قلنا فى البسيط ولكن المناسب الانتباه لان يجتمع الشقان بانحراف فوق هذا الزر الصغير ليزال بذلك وبقية العملية كما قلنا فى الحالة البسيطة لما اذا كان الزر المتوسط للشفة كبير الطول وعريضا وقابلا للتمدد فانه يلزم حفظه فتدمى على التعاقب فى آن واحد جانباه مع الحافتين المتقابلتين من الشقين ثم توضع الابر مع الاحتراس على ان تمر بها فى الجزء المتوسط من الشفة اعنى فى الزر فاذا نزلت الحلمة الى الحافة

السائبة للشفة لزم ادماؤها كغيرها واذا كانت قصيرة جدا الا تبلغ ذلك لزم ادماؤها ايضا لكن يعطى لها شكل مثلث قاعدته من الاعلى وقمته من الاسفل بحيث انه بعد انضمام الجرح تختفى قمة هذا الجزء فى المسافة بين الحافتين الاصليتين للعلم وينال بذلك التحام يكون على شكل سبعة بالهندى مفتوحة من الاعلى ومن المهم ايضا فى هذه الحالة ان تنفذ الابرة الاولى فى قمة الزرو ولا يلزم العمل بما قاله بعض الجراحين من ان العملية فى العلم المزدوج تقسم على مرتين خوفا من تضاعف العملية على المريض

الثانى العلم المضاعف بشق ارنبة الانف او احد اجنحته * هذا التضاعف نادر ولا يحصل منه تنوع فى عملية العلم وانما يقال هنا هل المناسب ان تعمل فى زمن واحد عملية الشق وعملية الانف نقول نعم فبعد ادماء حافتى تفرق الاتصال الانفى ادماء سطحيا بالمقراض تضم الحوافى ببعض غرز خياطة متقطعة

الثالث العلم المضاعف بانفصال القبوة الحنكية * اذا كانت هذه الحالة وحدها مضاعفة للعلم يودربا العملية كما قلنا ولا يحصل من هذا الانفصال تغير فى تلك العملية واما نقص انفصال القبوة فلا يستدعى معالجة جراحية وانما ينتظر شفاؤه من نفسه بدون واسطة واما الوسائط التى ذكروها لدفع العظمين الفكيين المنفصلين احدهما نحو الاخر فضعيفة التعقل لانها لا تكون قوية الا اذا طال فعلها وقوى جدا وذلك غير ممكن لانه يتسبب عنها حينئذ اعراض مغمة

الرابع العلم المضاعف بشق القبوة واللهاة * العلم الذى من هذا الجنس يوجد فيه تفرق عظيم جدا فى حوافى الشفة وتقريب تلك الحوافى فى العملية مؤذ جدا واما العصائب اللزجة والرباط الضام المستعملان كمساعدين للخياطة فليس تأثيرهما قويا واوصى الجراح روس بان فى هذه الحالة التى نحن بصددها لا تضم الشفة العليا الا بعد ان تعمل عملية خياطة اللهاة والامر كذلك لان هذه العملية تكون حينئذ اسهل لكن لا ينبغى لنا اهمال ما ذكره هذا الطبيب ايضا من ان خياطة اللهاة لا تنجح غالبا بل دائما اذا كانت القبوة واسعة

الانفصال

الانفصال فمن حيث ان عملية العلم ليست كذلك نرى انه يلزم ان يبتدأ بها وسيما اذا بودرت بعلمها البعان بذلك على التقريب فى القبوة الحنكية اذا لم يحصل الانسداد التام وذلك جودة حال فى خياطة اللهاة فيما بعد

الخامس مضاعفة العلم ببروز الاسنان المحاذية لها * ينبغى قلع الاسنان اذا اتجهت الى الامام جدا وبذلك ترجع للعلم البسيط وسبق شرح عمليته

السادس العلم المضاعف ببروز العظم * هذا النوع يستدعى معالجة مخصوصة فان هذه الاحوال يكون البروز العظمى فيها مكونا من العظام التى بين الفكين منفصلة عن الفك العلوى وممسوكة فقط بحاجز الحفر الانفية فالمناسب حينئذ ان يجرب الضغط مدة طويلة على هذه الاجزاء كما اوصى بذلك دسوات ووصل به الى اندفاع هذه العظام الى الخلف اندفاعا كافيا اما فى الاحوال التى لا يتيسر انقياد العظام فيها لذلك فيلزم ازالة الجزء البارز بالكماشة القاطعة

السابع العلم المضاعف بعدم وجود القبوة الحنكية رأسا * هذا النوع شوهد كما قلنا او يوجد مع الطفل ايضا من وقت ولادته عدم كمال فى اجزاء اخر من الجسم كفقد الفم وتلك حالة ثقيلة يموت منها ومن نظائرها الطفل سريعا ومع ذلك اذا تيسر للشخص ان يستنشق ويحيى لزم المبادرة بعملية الشفة لتعين على تكون بعض جواهر عظمية لكن من حيث انه لا يمكن مص الحلمة فى هذه الحالة لزم مساعدة بزبوز ابريق او مجس من صمغ مرن ان يدفع فى بلعوم هذا الطفل الصغير اللبن وغيره من الجواهر المغذية

ثم ان الجهاز الذى يوضع بعد عملية العلم ينبغى ازالته بعد ثلاثة ايام فى الاطفال واربع فى الكبار البالغين فلاجل ذلك يبتدأ باخراج الابر البعيدة عن الحافة السائبة للشفة ثم بالباقى على التعاقب ويلزم الاحتراس على دهن طرف هذه الابر بالمرهم البسيط قبل ان يمر بها عند الخروج فى اللحم ويلزم ايضا فى اخراجها ان يستند بلطف على جوانب الجزء المقدم من الخيوط لاجل ان لا يتشوش الالتحام ولا يعرض للتمزق ثم يرفع الخيط بان يجذب من اعلى الى اسفل على اتجاه الجروح ويلزم فى جميع هذا الزمن ان يجلس مساعد خلف المريض ليثبت رأسه

ويحفظ خديه مدفوعين الى الامام وبعد ذلك لا ينبغي ايضا ترك الاعضاء ونفسها الان الالتحام الذي لم يزل ضعيف الآلية ربما تحرك لاتجاه مخالف بفعل عضلات الشفة فربما كابد الجرح استطالة في العرض تكون سببا ثقيلا للتشوه فلاجل الحذر من هذا الخطر يلزم بعد وضع نسالة من تفتيك مدهون بالمرهم البسيط على الثقوب الملتهبة المتقيحة بعد اخراج الابر منها ان يوضع فوق ذلك عصابة لزجة طويلة ويحفظ الكل بالرباط الضام الذي استعمل بعد العملية

وينبغي زيادة الاحتراس على المريض في اليوم الاول والثاني ثم يترك ونفسه واحيانا لا ترفع الابر والخيوط كلها معا في يوم واحد وانما تبقى الخيوط الى اليوم التالي ويفعل كما قلنا في الحالة التي ازيل فيها الجهاز كله دفعة

وقد تعرض عوارض بعد العملية من السعد كونها نادرة وذلك كالتشنجات والنزيف من الشريان الشفوي وتقرح الشفة تقرحا عميقا من الابر وحصول التهاب شديد فيها ينتشر على سطح الجرح ويمنع الانضمام بالانتباه الاول وقد يتمزق الالتحام في يوم رفع الجهاز الاول ومعظم هذه الاخطار المغمة قد تنشأ من عدم مراعاة الاحتراسات عند العملية فالنزيف مثلا ينشأ بالاكثر من ضعف صلابة انضمام الجرح والتقرح والالتهاب من الشد القوى للخيط المتصالب حول الابر واما التشنجات التي تعرض للاطفال في هذه الحالة فلا يمكن التحرز عنها ويخاف منها مهما كانت العملية لكن بعد الفراغ منها لا يكون انها شيء مخصوص

المبحث الرابع
في انقسام اللهاة وعمليتها

قد يولد الطفل ولهاته منقسمة الى قسمين ولذلك الشق درجات من المهم معرفتها ويكون دائما وسطيا لكن تارة يصيب اللهاة وحدها وتارة يمتد لقبوة الحنك ففي الحالة الاولى قد لا يصاب الا الغلصمة فقط وقد يحتوى على ربع او نصف علو اللهاة او اللهاة كلها وفي الحالة الثانية قد يكون الشق الحنكي المضاعف

مضاعفة ثقيلة لشق اللهاة قاصرا على الجزء الخلفى من سقف الحنك وقد يمتد
لجميع القبوة بل والشفة العليا
والشق الخلقى فى اللهاة عيب من عيوب التكون مشابه للعلم فى الشفة العليا
ويلزم ان يكون حصوله كهو من وقوف النمو فى الاجزاء المصابة به وذلك
لان اللهاة تنمو من النصفين الجانبيين اللذين ينضمان مدة الحياة الجنينية
ويختلطان فى الخط البارز المتوسط الذى يسير من الاعلى الى الاسفل من قبوة
الحنك الى الغلصمة فاذا تعجل وقوف النمو انقسمت قبوة الحنك ولهاته الى قسمين
فاذا تأخر الوقوف نتج من ذلك السبب انفصال للهاة فقط كلها او جزئها
السفلى ولم يشاهد اصلا فصل اللهاة من الاعلى مع بقاء جزئها السفلى فى الحالة
الاعتيادية واما العكس فكثير المشاهدة واذا سئل عن سبب هذا الوقوف حال
نمو هذه الاعضاء نقول لم يزل ذلك مجهولا الى الآن فيلزم له مشاهدات
وابحاث كثيرة ويمكن ان يخترع لذلك افتراضات بديعة غير انها ظاهرية
تقنع وترضى بها عقول من يسأل عن البيان الظاهرى ولا يريد التعمق
فى الاسرار المخفية فى البنية
وهنالك سؤال آخر جوابه اقل سهولة من السابق وهو هل الشق فى اللهاة تابع
لشق القبوة او العكس او انهما يحصلان معا بدون ان يؤثر احدهما فى الآخر
والذى نعلم ولنا من المشاهدات هو انه لم يشاهد انفصال الجزء الخلفى من القبوة
بدون ان يحصل نظيره من اللهاة ومن جهة اخرى ان انفصال اللهاة وان لم
يستلزم اكثر من العلم بشق القبوة الا انه كثيرا ما يشاهد توافق هاتين الحالتين معا
فالتكون التام المنتظم للهاة يستدعى بالضرورة التكون التام المنتظم للجزء
الخلفى من القبوة وكذا التكون الغير الطبيعى للهاة يوجد غالبا مع النمو الغير
المنتظم لجزء القبوة المتصلة به تلك اللهاة فعلى ذلك يلزم باعتبار القوانين
المنطقية ان نجيب عن السؤال السابق باختيار ان اللهاة تستدعى نمو الجزء
الخلفى من القبوة ولكن للقرو العكس ونزيد على ذلك ان خياطة اللهاة
اذا حصل منها النجاح فى حالة ما اذا كان هنالك انفصال فيها وفى القبوة يترجى

ضيق انفصال القبوة بل انسدادها بالكلية مع انه لم يشاهد اصلا زوال انفصال اللهاة من نفسه اذا حصل نجاح وسعد فى ازالة انسداد شق القبوة من اول الامر

ثم ان شق اللهاة عيب كثير الوجود لانه اقل من العلم فى الشفة وذلك لان اللهاة تنمو بنقطتين فلذا كان انفصالها اقل احتمالا من انفصال الشفة العليا التى يبتدأ تكونها باربع نقط او اقله بثلاث نقط

فاذا كان الشق محدودا على اللهاة وجد فيها على الخط المتوسط فرجة اى شق مثلث قاعدته من الاسفل وتارة يكون مربع الشكل اذا كانت القبوة واللهاة مشقوقتين معا فاذا كان الفم منسدا والمريض يستنشق من الانف تلامست شفتا تفرق اتصال اللهاة او اقله ان تتجه احداهما نحو الاخرى فيتقاربان ما امكن لكن متى انفتح الفم انقبضا انقباضا تشنجيا الى الخارج اى الوحشية من تأثير العضلات الوحشية المحيطة بالغلصمة فيكونان على جانبى البلعوم بحيث تكتسب الفرجة التى بينهما حينئذ اقطارا عظيمة فيظن ببادئ الرأى ان اللهاة فقد منها اجزاء وان تقريب جزئيها الجانبيين لبعضهما غير ممكن مع انه بعد بعض لحظات من السكون وقت رد النفس لم يلبث الحال قليلا حتى يشاهد رجوع هذين الجزئين المنقبضين على بعضهما لكن بحيث لا يتلامسان اصلا فبذلك يمكن ان يحكم على حالة الاجزاء المشاهدة بحكم اصح واضبط لان ادنى لمس باصبع او بآلة ما لقاعدة اللسان او لجزء آخر من الحلق ينتج ظاهرات الانقباض الذى ذكرناه المعرضة لها تلك الاجزاء لكن بدرجة اشد مما اذا لم يكن هناك الا مجرد فتح الفم وتلك الحالة التى هى متعبة لعملية تصليح اللهاة تلزم الجراح بان يتكلف فى مسك الاجزاء بالالات غاية التعب والتكلف ويتحمل فى انضمامها مشاق متعبة عند ارادة النفوذ فيها بابر الخياطة ولا يخفى عسر ذلك

وانشقاق اللهاة لا يحصل منه تشوه عكس ما فى الشفة فلا يراه المشاهد فى اول الامر لكن يحصل منه فى اتمام بعض الوظائف كالازدراد والتلفظ تنوعات

بحيث يعرف منه او جوده قبل البحث فيه فيصير ازدراد السائلات عسرا بل غير
ممكن فى بعض الاوضاع اذا كان الرأس مائلا الى الاسفل بان كان الطفل موضوعا
وضعا افقيا فمثلا لا يتيسر للمصابين بهذا العيب ان يشربوا من حافة قناة ماء
اومن بزبوز حنفية ولا يمكنهم فعل الفراغ فى باطن فمهم ولا تمدده بالهواء فلا يتأتى
الارضاع بآلة من آلات الهواء ولابد ونها وانما يتأتى ارضاعهم اذا فعل فيهم
ما فعله روس من ايقافهم اى جعلهم فى وضع عمودى لا فى وضع افقى وتساعد
حركة المص بضغط خفيف على الثدى لينصب اللبن فى قعر افواههم فاذا كان
هنالك اتصال واسع بين الفم والحفر الانفية كان الاحسن سقى الطفل من بزبوز
او بملعقة صغيرة فقد حمل للطبيب روس طفل مصاب بانشقاق اللهاة والقبوة
وله ثمانية ايام لم يرضع فيها فسقاه ماء سكر بالملعقة صغيرة وهو فى وضع عمودى
بحيث شرب ملأ كوبة كبيرة وبهذه الكيفية تيسر ارضاعه بالصناعة
مع هذا الاحتراس المذكور فسلم الطفل بذلك من النحول الذى كان فيه وانشقاق
اللهاة يحدث مدة القيء مرور المواد فى الحفر الانفية فيضاف الكرب الحاصل
من ذلك على التعب الاعتيادى من القيء واما كلام المصابين بذلك فيكون اصم
اخن ومن الانصاف ان نزيد على ذلك انه يوجد فى الكلام اختلافات عظيمة
الاعتبار ناشئة من اللغة التى تتكلم بها هؤلاء الاشخاص فالانقليزيون احسن
من الفرنساويين فى ذلك قال بلندن وهذا شئ لم تلتفت له الاطباء الى الآن فقد
عرض علينا شخص صغير مصاب بذلك ويتكلم بكلا اللغتين بسهولة واحدة لكن
اذا تكلم باللغة الفرنساوية ظهر فى صوته خنخنة كريهة واذا تكلم باللغة الانقليزية
كان صوته قريبا من الصوت الاعتيادى عند التكلم بحيث انه فى هذه الحالة
الثانية لا يمكن ان يظن ان معه انشقاق اللهاة

وهذا الانشقاق كثير الحصول ومما يستغرب ان عمليته الخاصة به انما الهمها الله
للاطباء من زمن قريب وتلك العملية المسماة بتصليح اللهاة لطيفة دقيقة
اكثر من كونها عسرة صعبة فتستدعى جراحا ماهرا خفيف اليد سهل العمل
هذا هو الفرق بينها وبين عملية العلم وبالنظر لذلك لا يمكن فعلها فى اول سنى

الحياة فلاجل نجاحها يلزم ان يعرف المريض الاهتمام والاعتناء الذى يلزم لشفائه شفاء تاما ولا يعرف مقدار هذا الاهتمام الا اذا كان متقدما فى السن عنده نوع تمييز تام قال بلندن ومن الغلط فعلها لاطفال عمرهم اقل من خمس عشرة سنة فان الاطفال الذين لم يبلغوا هذا السن لا يتحملون مشاق الاعمال الطويلة للعمليات ولا يقدرون على تحمل الاقتصاد والحمية المستطيلة بدون خطر عليهن ومع ذلك كله نقول من سوء البخت ان تصليح اللهاة لا يمكن فعله فى الصغار جدا وذلك لان الحالة التى يوجد فيها انقسام اللهاة والقبوة معا يلزم ان يحصل من انضمام الاولى نتيجة تكون اعظم فى اصلاح الثانية كلما كان فعل العملية فى زمن اقرب للولادة انتهى وقال بليسار لا يمكن فى الايام الاول من الولادة فعل الوسائط العلاجية التى اخترعها الجراحون لعلاج هذه الامراض ونجحت معهم وانما يلزم الانتظار حتى يتقدم الطفل فى السن وبالجملة ففعلها فى زمن المراهقة اوما قرب منها انسب

ثم ان عملية تصليح اللهاة والغلصمة كغيرها من العمليات التى غايتها انضمام تفرق اتصال خلقى اوعارضى تتركب من جزئين يفعلان فى زمنين احدهما ادماء الحافتين وثانيهما انضمامهما ويصح ان يعمل ذلك بطرق كثيرة نذكر منها اولا مع التوضيح طريقة الجراح روس لكونها كاملة جيدة ونتبعها بغيرها من الكيفيات

طريقة روس * قال بلندن قد رأيت هذا الجراح يفعلها جملة مرات وهى تستدعى جملة مساعدين منهم من يحفظ رأس المريض ويديه ومنهم من يناول الآلات ويساعد الجراح والجهاز يقوم اولا من ثلاثة خيوط للربط مسطحة كل منها مركب من ثلاث فتايل رفيعة اواربعة وثانيا من ست ابر تنتظم كل واحدة فى طرف خيط من الخيوط وثالثا حامل ابرة ورابعا جفت اعتيادى فيه بعض طول جيد الاسنان وخامسا مشرط طويل مستقيم ضيق الحد له زر فى طرفه وقاطع من ناحية زره فقط اوملفوف عليه خرقة ماعدا ثمانية خطوط اوتسعة من سنه وسادسا مقراض منحن قليلا على حافتيه اوتام الاستقامة

ويحضر ماء بارد وخل واوانى يتلقى فيها الدم وبصاق المريض وملاءة واحدة او اكثر واما ما امر به بعضهم من تجهيز سدادات من خشب الخفاف توضع بين الاسنان لمنع تقارب الفكين فليس عظيم النفع لان المريض لا يكون عنده ميل لطبق فمه اذا احس بتكلب الآلات فيه

ويصح لاجل ادماء الحوافى ان يستعمل جفت صنارى دقيق الاسنان جدا بحيث يمسك حوافى تفرق الاتصال مدة القطع وحامل الابرة للطبيب روس جفت ذو فرعين يتباعدان عن بعضهما بمرونتهما ويحصل تقاربهما بحلقة تدفع عليهما بواسطة ساق يمر فى يد الالة على طولها فاذا جهز ذلك كله يحاط المريض بملاءة ويجلس على كرسى منخفض قليلا امام شباك مضىء ورأسه منقلب قليلا الى الخلف ويحفظه مساعد فى هذا الوضع خلفه ومساعدان على جانبيه يثبتان اليدين ويمسكان الخيوط اذا وضعت ومساعد آخر يناول الجراح الآلات اللازمة له واما كيفية العمل فيوضع كعب الابر واحدة بعد واحدة بين اسنان حامل الابرة ثم يمسك الجراح تلك الآلة باليد اليمنى ليدخل بها الابرة فى الجانب الايمن من اللهاة ويمسكها باليسرى فى عكس ذلك ويكون فم المريض مفتوحا ولسانه مخفوضا باليد الغير الماسكة للآلة ويذهب بتلك الآلة فى العمق لتدخل فى الحلق خلف اللهاة ويثبت الجراح عينيه فى الجزء المريض ليغتنم فرصة الوقت الذى يزول فيه من اللهاة الانقباض التشنجى الذى يمحو اثرها فاذا صارت مسترخية دفع الابرة من الخلف الى الامام بعيدا عن تفرق الاتصال بثلاثة خطوط مميلا حامل الابرة الى الوحشية بحركة ارجوحية فيظهر سنها من الامام فيمسك هذا السن بالجفت ويجذب مساعد السيخ اى الساق الذى فى حامل الابرة فيصير ذلك الحامل خالصا فيجذب الى الخارج حال تحرك الابرة بالجفت الماسك لها لتنفذ من اللهاة وتخرج من الفم مع الخيط الذى يجذب بعدها

والخيط الاسفل هو الذى يدخل اولا ثم ما كان فوقه على التتابع وبالجملة اذا وضع الخيط الاسفل كان نافعا فى تثبيت اللهاة وتسهيل الاعمال التى تأتى بعده فى وضع

الباقى وينبغى فى الخيوط الماسكة لهما المساعدون ان لا يفعل فيهما حركة جذب والغالب انه يكفى ثلاثة خيوط وربما كفى خيطان فقط اذا كان انشقاق اللهاة من الاسفل فقط ثم اذا وضعت الخيوط تدمى حوافى تفرق الاتصال قبل انضمامهما عكس ما يفعل فى نظائر هذه العملية كعملية العلم فان الادماء فيها مقدم على وضع الخيوط

ثم ان الجراح روس فى ادماء الحوافى يمسك بجفت جيد الطرف السفلى لكل حافة ويجذبها الى الامام والاسفل ويرخى الخيوط ويدفعهما قليلا نحو البلعوم ويبتدأ القطع من الاسفل بمقراض منحن على جنبه او مستقيم لكن لا يستخدم المقراض الا فى الابتداء ثم بعد ذلك يأخذ المشرط ذا الزر المحضر لذلك ويوجه حده الى الاعلى ثم بواسطة حركات بطيئة جيدة الاتجاه متعاقبة من الامام الى الخلف ومن الخلف الى الامام يفصل الجزء المتطرف من شفتى تفرق الاتصال ويضم الشقين الايمن والايسر على زاوية فى الطرف العلوى لهذه الفرجة الغير الاعتيادية

وبعد الادماء لم يبق الا شد الخيوط ولاجل ذلك يبتدأ بالخيط العلوى ويختم بالسفلى فيمسك طرفا كل خيط ويعمل فيهما عقدة بسيطة يمر بها فى الفم بواسطة سبابتى اليدين فاذا كفى شد هذه العقدة الاولى لتقارب الاجزاء وحفظها متقاربة يثبتها مساعد بان يمسكها بجفت اعتيادى حتى يعمل الجراح عقدة ثانية يثبت بها الاولى ويفعل مثل ذلك فى الغرزة الثانية والثالثة فقد عرفت ان المناسب هنا هو الخياطة المتقطعة فاذا انتهت العملية زال تفرق الاتصال وتيسر للمريض التكلم وازدراد السائلات باسهل مما كان ومع ذلك ينبغى ان لا يسمح له الا بقليل من ذلك فلا يستعمل الا بعض مشروبات الى اليوم الرابع اذا امكن ثم ماعدا حمية المريض عن الاغذية يلزم ايضا ان يبعد عن جميع الاسباب المهيجة فيوضع فى محل بعيد عن كل لغط وتكون حرارته لطيفة ويؤمر بان لا يفعل حركة عنيفة لا فى النفث ولا فى الامتخاط وينهى عن ان يزدرد لعابه وعن فتح انفه لان هناك مشاهدة يؤخذ منها ان حافتى انفصال اللهاة تميلان

لان تذهبا الى الوحشية اذا تباعد الفكان عن بعضهما ثم فى اليوم الرابع
اذا نجحت العملية يتم الانضمام لكن من الحزم ان لا تزال جميع الخيوط خشية
تمزق الالتحام وانما يقطع الخيطان العلويان فقط ولا يزال الاخير الا فى اليوم
التالى ولاجل جذب الخيوط واخراجها تمسك بجفت قرب العقدة ثم تقطع
بمقراض جيد من خلف العقدة وينبغى للمريض اولا ان يكون غذاؤه بامراق
رائقة ثم بامراق دسمة وشوربات ومن المهم فى يوم نزع الخيوط ان يوصى
بالاحتراس على نفسه ما امكن فلا يشرب ما يسمح له به الا يسيرا يسيرا بان يزلق
المشروب بالملعقة على ظهر اللسان ويمنع عن كثرة الكلام فاذا تم نجاح العملية
رجعت للصوت نغمته الاعتيادية وزالت جميع اخطار انشقاق اللهاة انتهى
ولقد شاهدت فعل هذه العملية ونجاحها عند الجراح روس فى بنت مراهقة
ثم اننا الى الآن انما فرضنا وجود مجرد انشقاق اللهاة وحدها وتلك حالة تصير
العملية اسهل وآكد وانجح ولنذكر الآن ما اذا كان هناك انشقاق اللهاة
وانشقاق القبوة معا فنقول

قد يوجد فى بعض الاحوال مع ذلك انقسام القبوة وتباعد ما بين العظام بحيث
ان اللهاة لا يمكن ان تعمل فيها عملية التصليح التى ذكرناها فلا يكون للصناعة
دخل فيه لكن فى احوال اخر قد تجرب العملية سواء وجد الانقسام فى القبوة
من الخلف او كان فيها كلها غير انه ينبغى ان يعلم ان نجاحها النافع قليل وكثيرا
ما فعلها روس فى احوال مثل ذلك فلم ينل النجاح الا مرة او مرتين ولم ينل ابدا
نجاح انضمام الجزء العلوى من القبوة ومع ذلك هذا النجاح وان كان نادرا
الا انه ربما اعان على تسهيل حصول انسداد ما ولكن من سوء الحظ انه لا يمكن
المبادرة فى الصغر كما قلنا بعملية تصليح اللهاة حتى يترجى منها فى تلك الحالة
ان تؤثر فى انسداد الجزء الخلفى من شق القبوة كما تؤثر عملية العلم فى انسداد الجزء
المقدم من هذه القبوة

والجراح روس كما ان له الفضل فى اظهار هذه العملية فى الاحوال البسيطة له
الفضل ايضا فى كونه اول من اشتغل بالاحوال المركبة التى ذكرناها فاولا عمل

العملية فى تلك الاحوال بدون تنوع ولاتغيير فيها ثم فيما بعد خطر له تسهيل تقارب الاجزاء بفصل الجزءين الجانبيين للقبوة من الحافة الخلفية من عظم الحنك ففعل هذا التنوع مع النجاح فى بنت فامتد بهذا القطع المستعرض وحشى الاجزاء التى وضع فيها غرز الخياطة بيسير

والذى يعارض نجاح عملية تصليح اللهاة فيما اذا كانت القبوة منقسمة هو هذا الانقسام نفسه وحالة تباعد الاجزاء الرخوة فيه فلذلك اجتهدوا فى اختراع وسائط للمبادرة بسد القبوة فى الصغر فتتغير بذلك احوال التضاعف الى احوال بسيطة تنجح فيها العملية فذكر بعضهم ومنهم روس لذلك ضغط القوسين السنخيين من الظاهر الى الباطن ونجح هذا مع بعض المجربين وذكروا ايضا طريقة ترقيع آخر كترقيع الانف فروس اعرض فصل المنسوج الليفى المخاطى من القبوة ثم وضعه تحت تفرق الاتصال العظمى ومنهم من عمل شقا على كل جانب من جانبى القبوة خارج انقسامها وذلك الشق نصف بيضاوى يحتوى على جميع سمك المنسوج المندمج لتلك القبوة وبعد تشريح هذين الهدبين قلبهما من الخارج الى الداخل اى من الوحشية الى الانسية على الخط المتوسط وضمهما بالخياطة لكن هذه العملية البديعة الاختراع تحتاج لتكرار التجربة طريقة جريف * استعمل جريف لتشبيب حوافى تفرق الاتصال جفتا اعتياديا طويلا فيه تقوس جهة طرفه وينتهى بمشبك مزدوج فيقطع هذه الحوافى بمقراض واما الخياطة فيستعمل لها الآن ابرا تقرب للاستقامة ويدخلها بحامل لها يختلف عن حامل الابرة لروس فى كون الساق لا ينفذ فيه سيخ وان له حلقتين محمولتين على حاملين جانبيين ينفتحانه اويطبقانه على حسب كونهما يدفعان نحو طرف الآلة اويدها واستعمل جريف احيانا لحمل الابر جفتا مفصليا فى طرفه انثناء وفرعه المتحرك فيه ارجوحة شبيهة بارجوحة القاطعة المثانية المخفية واما شد الخيوط فله فيه طريقة كثيرة التضاعف بالنسبة لطريقة روس وتحتاج بالجملة قطع بطول شرحها وتنفيذ الابر عنده يكون من الداخل الى الخارج وبالجملة فطريقته تحتوى على قطع آلات مستغنى عنها

طريقة ديافنبك * فضل ديافنبك سلك الرصاص على خيط القنب واستعمل لوضعه ابرا مستقيمة ليس لها ثقوب فتشبه اسياخ اللحم وفي عقبها تقعير يقبل طرف سلك الرصاص الذي يلزم ان يجذبه واستعمل الجفت الكلابي المنسوب للطبيب جريف لاجل تثبيت قبوة الحنك مدة الادماء واستعمل للادماء سكينا صغيرا كالقاطع الغلصمي تشبه صفيحته صفيحة مبضع ويده طويلة وحامل الابرة جفت اعتيادي جيد وشاد العقدة يشبه شادة لوفريت في ربط بوليبوس الحفر الانفية طرفها منفصل الى جزءين بعارضة بينهما ولاجل شد السلوك المعدنية يكفي ان يدخل طرفا هذه السلوك في شادة العقدة ولف احدهما على الآخر مرتين او ثلاثا ثم ان هذا الجراح لاجل سهولة ملامسة الاجزاء الجانبية للقبوة بدون اتعاب لها بانقباضات قوية يفعل وحشي السلوك في كل جانب شقا مستطيلا يحتوي على جميع سمك الغلصمة ويمتد من قاعدتها الى حافتها السائبة وهذا النوع البديع عظيم الاهتمام خصوصا في الاحوال التي يكون فيها التباعد عظيما

وهنالك طرق اخرى غير ذلك لا حاجة لنا في اطالة الكلام بها والطرق التي ذكرناها هي الاصل والكفاية ونقول على الجراح ان يمعن نظره ليختار ما يناسب من تلك الطرق وليقف على موانع العملية ولا يمنعه منها ما قلناه من التضاعف بشق القبوة وانما ننبهك على ان السعال المستدام يكون من الاحوال المانعة لها ومثل ذلك الاشخاص الذين يتكلمون كثيرا وهم نائمون كما اتفق ذلك لبنت فعلت لها العملية وكان انشقاقها بسيطا ولم تنجح لكثرة كلامها في نومها واعيدت العملية وقويت بشقين جانبيين على طريقة ديافنبك ووكل بها من يمنعها النوم في كل لحظة ومع ذلك كانت تسقط امامهم من ثقل النوم وتتكلم كثيرا باضغاث الحلم فلم تنجح العملية ايضا وليعلم انه لا ينبغي ان يطلق القول بانه لا خطر يحصل من هذه العملية اذ قد يحصل من الفصد نفسه خطر مع انه عملية صغيرة وانما نجزم بان تصليح اللهاة من العمليات القليلة الخطر فان الجراح روس فعلها نحو ستين مرة ولم يحصل له ما يسوء خاطره الا في مرة

واحدة بل ربما حملت هذه الحالة على عوارض خارجة عن العملية

المبحث الخامس

فى امور خلقية غير اعتيادية توجد فى تجويف الفم

الاجزاء التى يتركب منها تجويف الفم قد يوجد فيها ايضا عيوب اخر من عيوب التكون فاولا شقوق خلقية فى الخدين ذكر الطبيب بيقار انى منها مشاهدتين احداهما كان الشق فيها مزدوجا اى فى الخدين معا يذهب كل منهما من زاوية الشفتين حتى ينتهى فى المقلة وثانيتهما كان الشق فيها مفردا فى الجهة اليمنى فقط وكان مع هذا الطفل ايضا انقسام يسارى فى الشفة واندغام مزدوج للحبيل السرى احدهما فى السرة والثانى فى الرأس وربما مالت النفس الى ان ذلك من جنين داخل فى جنين آخر لانه ازدواج حقيقى فى الحبيل ويقرب للعقل ان الشقوق المذكورة ناشئة من تأخر انضمام فى القطع التى يتركب منها عظم الفك العلوى وثانيا قد تعدم الغلصمة رأسا او بعضا وثالثا قد يكون اللسان صغيرا جدا او قد يعدم بالكلية لكن لا يكون عدمه غالبا الا مع عدم الوجه كله وينبغى ان يكون ذلك العدم الخلقى للسان نتيجة وقوف فى نمو هذا العضو لانهم ذكروا ان اللسان يكون منبته من قاعدته نحو جزئه الخالص فاذا بحث فى باطن فم الاشخاص الذين لا لسان لهم يشاهد ان ارضية الفم اخفض من العادة فى المسافة المحدودة بالقوس السنخى السفلى ويشاهد فى الجزء المتوسط من هذه الارضية جسمان مستطيلان بارزان قليلا شبههما بعض الجراحين بجذى ضفدعة وفيهما حركة عظيمة واسنان الفك السفلى تكون منحنية قليلا الى الباطن ويقال ايضا ان قبوة الحنك تكون اكثر هبوطا واقل تقعرا من العادة ثم ان فقد اللسان يتعب التلفظ والازدراد واذا فقد من كبير يتحيل له على اتمام تلك الوظائف فيه بما ذكره الجراحون فى امراض هذا العضو فراجعه وقد يوجد فى اللسان ايضا عيوب خلقية غير ذلك كعدم تساوى جانبيه وعدم خطه الذى يكون فى مركزه وقد شوهد خلو هذا العضو من عضلات احد جانبيه وشوهد شق طرفه قسمين وقد يكون اللسان صغيرا جدا

او محفورا

او محفورا كالقناة واما التصاقات اللسان فوضحوها بان هذا التكون يوجد في الحالة الاعتيادية للاجنة الصغيرة قال بليار قد شرحت بتشديد الرآء ثلاثة اجنة مع غاية الانتباه والاحتراس احدهم له ستة اسابيع وثانيهم شهران وثالثهم تسعة اسابيع فلم اجد في لسان احدهم التصاقا الا في قاعدته وقيده بخلاف جانبيه وجزئه السفلي فانها كانت خالصة سائبة

وبالجملة فالتصاق اللسان بارضية الفم خلقة شوهد كثيرا قالوا ويقرب للعقل انه حاصل من التحام معيب كما يحصل ذلك ايضا في الكبار الذين عملت لهم بعض عمليات في اللسان او ارضية الفم ولذلك الالتصاق درجات فتارة يكون اللسان كله ملتصقا بالارضية وحينئذ فيلزم فصله وتارة يكون ذلك من افراط طول القيد بحيث يبلغ طرفه اومن قصر في ذلك القيد وفي جميع الاحوال لا يخفى التعب الذي يحصل من ذلك في وظائف اللسان حتى بعد الولادة حالا فان الطفل لا يمكنه مص الحلمة ويذبل وينتهك لعدم التغذية وقد لا يكون الالتصاق عظيما بحيث لا يمنع الرضاع والتغذية الا انه يعطل التلفظ ويمكن ان يسبب لكنة وتمتمة فقد ذكر بلندن ان مريضا دخل مارستانا بباريس لمداواة جرح وكان معه لكنة عظيمة فبحث في فمه فوجد اللسان ملتصقا بالارضية بقيد قصير جدا يجذب بل يدير طرف اللسان الى الاسفل فاعرضوا عليه قطع الثنية المخاطية فرضي ففعل ذلك فاعتدل كلامه حالا حتى قبل ان يتم خروج الآلة من فمه ففرح بذلك لازالة هذا العيب لوقته غير انه لم يمكث بالمارستان لتعمل له وسائط منع التصاق القيد ثانيا ليلتحم وهو سائب فخرج فصار كل يوم يفقد شيأ من نجاح العملية حتى حصل الالتحام في سعة عظيمة وبالجملة اذا تقدم قيد اللسان الى الامام وعطل حركته واتمام حركة المص اى الرضاع ينبغي بعد الولادة حالا ان يقطع هذا القيد بان يرفع اللسان بجناح مجس قنوي ممسوك باليد اليسرى ويؤخذ مقراض باليد اليمنى وتقطع به الثنية الغشائية الحاصل منها الالتصاق للمعيب الى العمق المناسب فاذا حصل من قطع الاوعية نزيف وقوي بامتصاص الطفل لزم كي الفوهة المفتوحة للوريد او الشريان بنترات

الفضة او بطرف ميل مسخن بالنار
وقد شوهد طفل وجد بعد الولادة معيب اللسان فكان بحسب الظاهر اطول واسمك من العادة فمنع رضاعه فنودى له بجراح فبحث فيه فاذا لسانه ملتصق بلثة الفك الاسفل بواسطة ورم اسفنجى فى حجم بندقة صغيرة ففعل جميع ما امكنه فى فصل هذا الورم عن اللسان غير انه حصل من ذلك نزيف غزير ارعب الطبيب ثم بعد ذلك انضم الشق الذى كان فعله وعظم الورم وصار يأخذ فى الزيادة كل يوم حتى غلب على جسم اللسان وصار معه شيأ واحدا بحيث انه بعد زمن يسير صار لا يميز الورم عن اللسان والطفل فى تلك المدة لا يتغذى الا باغذية سائلة او بامراق تدخل بقوة فى فمه ليزدردها والذى نشأ عن ذلك هو ان الفك الاسفل انجذب الى الخلف اكثر من الاعلى فبذلك تيسر له التقام الحلمة وفعل تلوّ فيها حتى يتم له الارضاع بحيث كان يتعجب من السرعة والمهارة التى يفعلها هذا الطفل الصغير الذى كانه متعلم كيفية الوصول الى احتياجاته فيقدم الفك السفلى ويقهقره ليتمكن من امتصاص اللبن وكلما تقدم الطفل فى السن عظم لسانه ايضا حتى صار سمكه قيراطين وخرج من فمه مقدار اربعة اصابع وسقطت القواطع والانياب وتقوس الفك السفلى فى وسطه وحصل فيه تقوير سكن فيه اللسان وتيسر للطفل مع وجود هذا التشوه المضغ وتقطيع الصوت لكن كان يمكن تخليص الطفل من هذا التشوه بثقب اللسان وادخال خيط مزدوج فيه وشده تدريجا من كل جانب وفصل الزائد عن الحاجة شيأ فشيأ بدون ان يحصل من ذلك نزيف ومن المعلوم ان الطبيب ميرول عمل هذه العملية مع النجاح فى بالغ
والفك السفلى قد ينعدم بالكلية او يكون صغيرا جدا قال بليار قد وجدت فى مولود جميع الاجزاء المركبة للفم صغيرة الاقطار جدا وها هى مشاهدته وذلك انه دخل فى بيت الملتقطين سنة ١٨٢٦ عيسوية مولود مؤنث والطرف السفلى لوجهه ضيق جدا والخدان بدل ان يكونا مستديرين بارزين كانا داخلين يقربان للتقعير وكانت فتحة الفم ضيقة جدا والشفتان مستديرتين

بارزتين والفك السفلى شديد البروز ضيقا واللسان ضيقا ايضا ممدودا كلسان الارنب والحلق شديد الضيق والطفل لا يتيسر له ان يمسك الحلمة ولا يشرب الابعسر شديد مع ازدراد غير تام يحصل له احيانا من هيئة اختناق كأنه قريب الوقوع وكان صياحه حادا مخعيا ومع ذلك يسمع منه الجزأن المركبان له ثم ان هذا الطفل لم يلبث قليلا حتى مات بالتهاب معوى حاد ففتحت جثته وقيست اعضاؤه التى ذكرناها فكانت اقطارها ماسيذكر وهى ان قطر الفتحة المقدمة للفم كان ستة خطوط وكان اللسان من قاعدته الى طرفه قيراطين وخطين وقطره قرب قاعدته ستة خطوط وقرب طرفه خمسة خطوط والمسافة بين قرنى العظم اللامى ستة خطوط والبعد بين زاويتى الفك السفلى خمسة عشر خطا واعظم قطر لقبوة الحنك كان اربعة عشر خطا وتعظم الفك السفلى كان آخذا فى التقدم كما يكون عادة فى زمن الولادة ولم يعدم اللسان شيأ من عضلاته فعلم من ذلك ان جميع هذه الاجزآء كان طولها اعتياديا بخلاف عرضها فانه اقل من العرض الخاص بها بحيث يقال ان الاجزآء الجانبية للوجه حصل فيها انضغاط عارض نموها فى العرض ومع ذلك لم يعلم السبب لتشوه هذه الاجزآء فى هذا الطفل مع ان بقية اعضائه كانت فى غاية السلامة

الفصل الثانى
فى الاحتقانات الضعفية فى الفم

الاحتقانات الضعفية فى الغشاء المخاطى الفمى نادرة مدة الحياة داخل الرحم ومع ذلك شاهد بليار فى مولود كدما فى قاعدة اللسان وكان لونه بنفسجيا ويمتد من قاعدته الى جزئه المتوسط وينفذ الى ثلاثة خطوط فى سمكه وكان منسوج اللسان فى هذا المحل رخوا جدا واما بقية الحالة العامة للطفل فليس فيها شئ عظيم الاعتبار

وكثيرا ما يشاهد الغشاء المخاطى المذكور بعد الولادة فى حالة احتقان واضح وذلك الاحتقان ومثله الاحمرار الناشئ عنه يزول شيأ فشيأ بعد الولادة لكن يبقى منه شئ مدة اسابيع فى بعض الاجزآء التى كانت محلا له ولا يزول منها

الاتمد ريجساوكثيرامايشاهد فى القبوة كدم يختلف فى الاتساع وشدة اللون

الفصل الثالث

فى الالتهابات فى الفم

فى هذا الفصل سبعة مباحث

المبحث الاول

فى الالتهاب الفمى عموما

قال بليار لايمكن ان نذكر شرحا عاما كافيا لهذا الالتهاب لان كلا من الاجزاء المركبة لجدران الفم قد يصير مجلسا خاصا لاصناف من الالتهاب تظهر فى هذا التجويف فيأخذ الداء بذلك منظرا مخصوصا واعراضا مخصوصة به كما ان الكيفيات المختلفة لتغير الاعضاء هى فى الغالب الاسباب الرئيسة الذاتية للاختلافات التى توجد فى اعراض التهاباتها انتهى اونقول بالاختصار ان الالتهاب الفمى يتنوع الى انواع مختلفة على حسب اصابته جزء كذا او كذا من الاجزاء المركبة للغشاء المخاطى الفمى ودرجات شدته ومضاعفاته والسبب الذى احدثه وغير ذلك

واختار بليار ان الاصناف الرئيسة لهذا الالتهاب خمسة هى المذكورة فى هذا الجدول الصغير

التهاب فمى:
- اريتيماوى
- مع تغير فى الافراز (موجيت)
- جرابى (قلاع)
- تقرحى
- غنغرينى (غنغرينا الفم)

ويزاد على هذه الاصناف صنف اخر وهو البثرى الذى يشاهد فى بعض احوال من الجدرى وغيره ويعبر عن الالتهاب الفمى بالقلاع ويسمى بالقلاع الغشائى الالتهابى للفمى النهلاعى او الغشائى الكاذب وبالقلاع التقرحى مايشمل الالتهاب الفمى الجرابى والقرحى وبالقلاع الغنغرينى الالتهاب الفمى الغنغرينى

وعلى كل حال يسمى الالتهاب الفمى بقلاع الفم وان كان على هيئة ارينيما فى الغشاء المخاطى للفم وفى اجزاء اخر مغشاة مثله ببشرة مخاطية وهذا على سبيل الاطلاق والا فسيأتى لنا تخصيص القلاع بالتهاب اجربة الفم فيتميز عن الموجبت ثم ان القلاعات عموما ناشئة اما من التهاب موضعى او عرضى يختلف فى الشدة والسعة فيوجد فيها بالنظر لاشكالها وما ينتج عنها اختلافات من المهم معرفتها ولذلك انقسمت الى الاقسام التى ستشرحها وبها يذهب الاختلاط الذى وقع فيه القدماء بل وبعض المستجدين ولنستعمل فى التراجم لفظة الالتهاب الفمى الذى يسمونه محققو المتأخرين استوماتيت وترجمتها ماذكر

المبحث الثانى

فى الالتهاب الفمى الارينيماوى اى القلاع الارينيماوى

حالة الاحتقان التى يكون عليها فى العادة الغشاء المخاطى الفمى فى المولودين جديدا انتهى ءهذا الغشاء لان يصير مجلسا لهذا الصنف الذى صفاته الواصفة له هى الاحمرار والحرارة واحيانا الجفاف فى جدران الفم واللسان والغالب ان يكون ذلك هو الدرجة الاولى او العلامة المقدمة للاصناف الاخر وتختلف شدته وكثيرا ما يوجد مع التهاب المعدة والقناة المعوية ولا يحصل منه حمى فى المولودين جديدا الا نادرا اما فى الاطفال الذين عمرهم من سبعة اشهر الى تسعة فيصحبه الحمى غالبا وفى بعض الاحيان يكون الالتهاب مقصورا على جزء من الفم واحيانا يشمل جميع هذا التجويف بل ويمتد للشفتين فتنتفخان وتنسلخان وتتشققان وتصيران احيانا مجلسا للقوباء الشفوية فاذا بقى هذا الالتهاب زمنا طويلا جاز ان يسبب تلعابا كثيرا خصوصا فى الاطفال الذين هم من سبعة اشهر الى تسعة واذا كان فى اللسان حصل فيه ما عدا ما ذكرنا انتفاخ حلماته واذا كان فى سقف الحنك كان على شكل نتوات واسعة مفرطحة غير مستوية متكرشة مبيضة غالبا لان البشرة سميكة فى هذا القسم فتنتفخ وترتفع ويندر ان ينتج من ذلك نفاطات ولو وجدت لفقئت حالا لرقة جدرانها والغالب انها تكون على اللسان او خلف الشفة السفلى واذا ثقبت بدبوس خرج منها

مادة لزجة فربما ظن من ذلك ان مجلسها فى جراب من الاجربة تمتد من كثرة الرطوبة التى يفرزها ومدة هذا الداء لا تزيد عن يومين او ثلاثة وكثيرا ما يكون برهيا وقتيا فيذهب بنفسه فى بعض ساعات وقد تطول مدته ويسبب آلاما شديدة وحينئذ يستدعى الغراغر والمضمضات المرخية والتدبير اللطيف اللبنى كاللبن الفاتر ومستحلب اللوز الحلو الدافى ونحو ذلك

المبحث الثالث

فى الالتهاب الفمى مع تغير فى الافراز (موجيت)

بعض الاطباء اشتبه عليه هذا الصنف المسمى ايضا موجيت بالقلاع الحقيق الذى هو الصنف الآتى فلاجل الحذر من ذلك نذكر اولا بالضبط الصفات الواصفة الفارقة بين هذين الداءين ويكون ذلك خلاصة ما ذكره جملة مشاهير من الاطباء الذين اشتغلوا بذلك فالموجيت اى الصنف الذى نحن بصدده يوصف بتجمد المخاط على سطح الاغشية المخاطية الملتهبة سواء كانت ذات بثرة مخاطية اولا وهذه المادة المتجمدة تشاهد فى الفم والمرى والمعدة والمعا الدقيق والغليظ وانما قلنا ذلك هنا وان كان بحسب الظاهر غريبا عن ما نحن فيه كما قال بعض الاطباء لانه لازم الذكر اذ المجلس لهذا الداء ليس مقصورا على الفم وانما نلتزم هنا قصر الكلام على الفم لان الكلام فيه وينفعنا ذلك فيما سيأتى كذا قال بلييار

ثم ان لهذا الصنف ثلاثة اشكال الاول ان يكون على شكل نقط بيض صغيرة جدا متفرقة على اللسان او جدران الفم والثانى ان يكون على شكل اهداب تختلف سعتها والثالث ان يكون على شكل غشاء يغطى اللسان كله او يمتد ايضا الى اجزاء اخر من تجويف الفم ولا نذكر هنا الالوان المصفرة او المحمرة التى قد تكتسبها احيانا غلالة الموجيت لان ذلك ناشئ من ملامسة الصفراء او من تغير اجزاء دموية ترشح من سطح الغشاء المخاطى وتلك حالة غير متعلقة رأسا بالداء الذى نحن بصدده

فالافراز النكتى او اللطخى اى الهدبى او الغشائى يكون فى الغالب مسبوقا

بالتهاب ارتيثاوى على سطح اللسان اوجدران الفم ويدوم هذا الالتهاب يوما
اويومين اوثلاثة ثم يشاهد على طرف اللسان وجانبيه اوعلى الوجه الباطن
للشفتين نكت صغيرة بيض كانها تعلو على حلمات الغشاء وتتوجها
فهذه هى الدرجة الاولى للموجيت ويسبقه دائما كما قلنا التهاب فى الفم
فاذا لم يأخذ الالتهاب فى التقدم وانقطع الافراز المصاحب له زالت حالا هذه
النكت الصغيرة البيضاء المذكورة وبذلك يعتبر الداء جيدا مباركا لكن كثيرا
ما يأخذ الالتهاب فى التقدم فتنضم النكت المبيضة المتجمدة لبعضها وتتكون
منها صفيحات صغيرة اما على سطح اللسان اوعلى الوجه الباطن للشفتين والخدين
وتلك الصفيحات تأخذ فى السموكة وتنسلخ اوتنفصل وتترك فى محلها سطحا ملتهبا
لم يلبث قليلا حتى تفرز منه مادة تتجمد من جديد وهكذا حتى ينقطع
الالتهاب فلا يظهر هذا التولد المرضى الذى كان الالتهاب سببا له وهذه هى
الدرجة الثانية

فاذا بقى الالتهاب آخذا فى الشدة كل يوم امتد بسرعة وتعمق الى جميع تجويف
الفم فحينئذ تنضم الصفيحات التى ذكرناها بسرعة ويتكون منها غلالة تختلف
فى السعة والسموكة تشاهد ممتدة على جميع اللسان وجدران الفم واللهاة ففى
تلك الحالة كما فى الحالة السابقة يقال ان الموجيت متجمع اوخبيث فهذه هى
الاوصاف للاشكال الثلاثة الرئيسة التى هى عظيمة الاعتبار ايضا بالنظر
لمجلسها الاعتيادى فان الموجيت النكتى يشغل فى العادة طرف اللسان وجانبيه
والصفيحى يوجد على الوجه الباطن للشفتين والخدين والغشائى يكون بالاكثر
على قاعدة اللسان واللهاة ويصح بوجه ما وجود هذه الاشكال المختلفة معا
بان يقال ان نكت الموجيت التى تشاهد على طرف اللسان يكون مجلسها غالبا
فى الحلمات الكثيرة التى تفرز على سطحها نقطا من مادة مخاطية تتجمد حالا
فلما كانت حلمات الغشاء المخاطى وخلها كثيرا اتساعا واقل دقة فى سقف الحنك
وقاعدة اللسان والوجه الباطن للخدين كانت المادة المخاطية تفرز منتشرة
مبسوطة وتتجمد على تلك الهيئة بحيث يصير منظرها غشائيا كما قلنا

ولنبحث الآن عن مسائل مهمة بها نقف على طبيعة الموجيت واسبابه واعراضه ومضاعفاته ومعالجته فنقول اما طبيعته فمن المقرر الثابت الآن ان تراكم الدم والاحمرار والالم فى الغشاء المخاطى للفم يسبق داتما ظهور النكت البيضاء التى يقوم منها هذا الداء ولا بأس ان ننبه على ان المادة المتولدة الجامدة او الغلالية تكون بدلا عن الطلاء المخاطى الذى يندى ويرطب الفم ولذا كان جفافها عظيما فاذن يكون هذا الداء تابعا التراكم الدم فى الغشاء الملتهب وعوضا عن الافراز الاعتيادى للمادة المخاطية فيقرب للعقل ان الدم المتراكم بالتنبه الالتهابى فى سمك المنسوج المخاطى يحمل اليه موادا افرازا تجمد على سطح بشرة الغشاء كما ارسبت

وهل سهولة تجمد هذه المادة المخاطية ناشئة من كون الدم فى الاطفال او البالغين المصابين بمثل تلك الاحوال صار اكثر غروية وليفية بسبب الحالة الالتهابية فيجهز اصول مادة مخاطية فيها نقسم اكثير من العنصر الليفى ولعل هذا هو القريب للعقل فان بعض الاطباء حللوا بالفاعلات الكيماوية الغلالة اى الاغشية الكاذبة التى تتولد فى هذا الداء فوجدوا فيها الاصول التى وجدوها فى المادة المخاطية كما حلل غيرهم البشرة وغلالة الدم والاغشية الكاذبة التى تتولد فى الاغشية المصلية والمثانة والداء المسمى بالكروب فذلك هو ما عندنا فى طبيعة الموجيت كطبيعة الذبحة البلعومية الآتية ولنبحث الآن عن الاسباب فنقول

هذا الداء يظهر بالاكثر فى الطفولية الاولى والاطفال الرضع معرضون له اكثر من الاطفال المتقدمين فى السن فاذن يوجد فى بنيتهم شئ مخصوص لا يمكننا ايضاحه يعرضهم لهذا التنوع الغريب من الالتهاب واما المولودون جديدا فانهم المجتمعون بكثرة فى محل واحد ويولدون ضعفاء مهزولين ويتغذون باغذية قليلة التناسب فى سن تكون التغذية فيه هى الركن الرئيس على جميع وظائف البنية فهؤلاء يظهر ويتمو فيهم هذا الداء بشدة عظيمة ثم لا يتيسر لنا ان نجزم بكثرة هذه الداء وتسلطنه فى فصل من فصول السنة مخصوص فانه

يستولى غالبا فى جميع الازمان على جميع الاطفال الذين يصيبهم فى محال
الاجتماع كبيت الملتقطين ونحوهم بشدة واحدة كما اثبت ذلك بليار برصده
ذلك فى جميع فصول السنة وشاهد بارون تسلطه على افراد فى ازمنة مختلفة
بدون ان ينسب ذلك لسبب فى الجو الظاهر وفاقا لبليار ان ظهوره يكون
مرتبطا بحالة مخصوصة فى المرضى واستعداد فيهم لتلك الالتهابات المخاطية
لا بمزاج الجو واما حصول هذا الداء بالعدوى فغير غالب على الظن عند بليار
وبارون لانهم كثيرا ما شاهدوا اطفالا غير مصابين به وكانوا يشربون
بالملاعق التى يشرب بها اطفال غيرهم مصابون به ثم لم يصابوا بشئ فعلى مقتضى
ذلك نرى ان السبب المهيء لهذا الداء هو الطفولية الاولى وان شوهد ايضا
فى البالغين والتغذية الرديئة واجتماع كثير من الاطفال فى محل واحد والضعف
والتهاب الغشاء المخاطى الفمى والاستعداد الذى به الاغشية المخاطية تتغطى
فى الاطفال الصغار اذا التهبت بتحملات غشائية والغالب ان يكون
هذا الداء عرضا لغيره مصاحبا لنحو التهاب المخ والقرمزية والسل وكذا
لالتهاب البريتون الولادى لكن يكون بدرجة خفيفة وقد يكون موضعيا
بل كثيرا ما يذهب ويرجع فى بعض البالغين لكن يشغل اللثة او باطن الخدين
بحيث تتألم تلك الاعضاء من ادنى لمس غير ان مدته حينئذ تكون قصيرة ويشفى
بسهولة بالوسائط الآتية وذكر دوجيس ان اسباب تسلطن هذا الداء
فى الاطفال المجتمعين فى محل واحد تسلطنا وبائيا كثيرة منها الارضاع الصناعى
والتغذية التى يعوضونهم بها بدله غالبا وعدم نقاوة الهواء بتراكم هذه الاطفال
الصغيرة على بعضها فى محل واحد وعسر تنظيف المحل والاولاد النظافة
المطلوبة والعدوى ثم قال وهذه الاخيرة نسبها دوبليت وغيره للطبيعة الزهرية
التى للداء وتلك النسبة غير صحيحة غير ان من الغلط على رأينا انكار معظم
المتأخرين للعدوى مع ان عندنا امورا واقعية كثيرة تحمل على ظن ان الداء
ينتشر بسهولة من طفل مريض الى طفل صحيح اذا شربا من مرضعة واحدة
وقد شاهدت ذلك فى تجربياتى مع احترازى غاية الاحتراس انتهى وهو خلاف

ماسبق عن بليار
والاعراض الموضعية للموجبيت قد ذكرناها فى شرح ظهور التجمدات المرضية واشكالها التى تظهر على سطح الفم الملتهب واما الاعراض العامة فتكاد ان تكون معدومة فى الاطفال الصغار جدا فالحمى تكاد ان لا توجد قال بليار قد عددت مع غاية الاعتنا ضربات القلب والنبض فى اربعين طفلا عمرهم من يوم الى عشرين يوما وكلهم مصابون بهذا الدآء بدرجات مختلفة فعددت خمسين وستين وخمسا وستين وثمانين ضربة فى الدقيقة ومائة فى واحد فقط فكلهم ماعدا هذا الاخير لا يختلف عن الحالة الاعتيادية كما يعلم ذلك بمقابلته لما ذكرناه اول الكتاب فى مبحث النبض واما كثرة عدد الضربات فى الاخير وحده فيحتمل كونها ناشئة من عارض اخر
والجلد يكون فى العادة حارا جافا والعطش شديدا والصياح لا يختلف الا بالنظر للقوة والضعف ومع ذلك اذا امتد التجمد الغشائى الى اللوزتين وغطى قائمتى اللهاة يصير الصياح مكتوما والغالب ان هذا الدآء يصحبه التهابات اخر كما قلنا قال بليار ففى خمسين حالة من هذا الدآء فى الاطفال الذين ماتوا اما بتقدمه واما بامراض اخر وجدت من مضاعفات الدآء التهابا فى الجهاز المخى الشوكى فى اثنين منهم وفى الجلد فى اربعة وفى الجهاز التنفسى الدورى فى اثنى عشر وفى الجهاز الهضمى فى اثنين وثلاثين فيؤخذ من ذلك ان التهاب الجهاز الهضمى هو الاكثر مصاحبة لهذا الدآء واما غيره من الالتهابات فانما يصحبه على سبيل العرض ثم ان من الاثنين والثلاثين طفلا الذين كان هذا الدآء مصحوبا فيهم بالتهاب القنوات الهضمية عشرة لم تكن المعدة فيهم ملتهبة فستة منهم كان التهابهم فى المعا الغليظ واربعة فى المعا الدقيق واما الاثنان والعشرون الاخر فكان معهم التهاب فى المرئ او المعدة او اجزآء اخر من المعا الدقيق او الغليظ فاذن ليس هذا الدآء دآئما عرضا للالتهاب المعدى لانك قد عرفت انه يوجد بدون هذا الالتهاب الا انه يصحبه غالبا بل دآئما حالة التهابية فى جزء ما من القناة الهضمية وهذه الدعوى ذكرها كثير من المؤلفين ومع ذلك تحتاج للتقوية بمشاهدات

اخر ايضا انتهى

وجعل دوجيس ايضا لهذا الداء الادوار الثلاثة فالاحرار وحرارة الغشاء وجفافه وشدة حساسيته بحيث يتعب الطفل من التقام حلمة الثدى والحمى اذا تقدمت اوصاحبت والاولى ان تبدل بحرارة الجلد وجفافه جميع ذلك ينسب للدور الاول وهو الالتهاب الفمى الاريتيماوى ولم يجعل من هذا الدور ظهور النكت بل جعله من الدور الثانى حيث قال والدور الثانى هو ظهور النكت البيضاء السطحية على الغشاء الملتهب وانضمامها حتى تصير صفائح رقيقة غير منتظمة تارة تكون منفصلة عن بعضها وتسقط وتتجدد مرات وهذه تسمى عنده بالقلاع المتفرق وتارة تسمك وتتسع وتنضم بعضها حتى تصير طبقة واحدة تغشى جدران الفم واللسان بل قد تمتد للحجرة والمرئ وهذه تسمى بالقلاع المجتمع ففى الحالة الاولى يكون الداء قليل الثقل خصوصا اذا كان وفديا فتنفصل الصفائح الزلالية اهدابا اوندفا وتتولد ثانيا وهكذا مدة من ثمانية ايام او اثنى عشر الى خمسة عشر بل شهر لكن اقل سعة من الاولى وبعد تلك المدة يزول الالتهاب ويحصل الشفاء التام واما فى الحالة الثانية فيندر الشفاء فيها فالغلالة الغشائية تسمك كل يوم وتنفصل اهدابا فينكشف الغشاء المخاطى الخالى عن بشرته ويتولد الرشح ثانيا حتى يصير فى سموكة الاول ويكون اولا ابيض ثم يصفر بعد بعض ايام فيضعف الطفل ويهزل وذلك هو الدور الثالث وضعفه اما من تغير طبيعة الالتهاب او من قيء المواد الصفراوية والثفلية كما شاهد ذلك بيلوت وذلك القيء يصحبه نحول وهبوط عام واضح ويدل على ان الداء فى المرئ والمعدة

وكثيرا ما يوجد فى المرئ مرتفعات ملتهبة مهيئة للغنغرينا ولذلك قد يكون سبب الموت عدم امكان الازدراد فهو نوع ذبول يضم له التكدر العام الناشئ من الالتهاب الشديد وفى بعض الاحوال يعرض اسهال متتابع يحصل احيانا بعد انخساف سريع فى القلاع ويأتى الموت عقب ذلك قال دوجيس لا يحصل فى الامعاء ما قاله بعضهم (ومنهم بليار كما سبق) من ان الداء يجتاز فيها الدوائر

واعراضه كما يحتازها فى الفم وانما يوجد التهاب معوى يكون فى الغالب
بسيطا والتى ظنوها فيها اغشية كاذبة انما هى مادة مخاطية فاذا شوهد
فى محيط الشرج بعض تأكل شبيه بالتأكلات التى تشاهد فى الفم كما تشاهد
بثور دخنية على الوجه وعلى اجزاء اخر من الجسم نقول ليس عندنا ما يدل
على وجود ذلك فى القناة المعوية الخالية من بشرتها المخاطية التى لها عمل
عظيم الاهتمام فى الداء الذى نحن بصدده فعلى ما قاله بليار يحصل هذا التصاعد
من سطح هذه البشرة المخاطية المجاور للخارج قال لانى بالغت فى البحث على
مجلس هذا الافراز فلم اجده تحت البشرة المخاطية وانما تشاهد موادّه دائما
على سطح الغشاء كالمادة المخاطية التى يكون فى الحقيقة هذا الداء تجمدا
مرضيا فيها وقال جرسان من تحتها وقال ليلوت فى سمكها وكل من هذه
الآراء الثلاثة محتمل وتوضح بها احوال الاغشية الكاذبة وحالة البشرة المخاطية
فانها تارة تكون خالصة وتارة ملتصقة وتارة محفوظة وتارة تالفة تحتها قال
دوجيس ويظهر لى ان رأى ليلوت هو القريب للعقل

ثم اذا انتهى هذا الداء بالغنغرينا كان ثقيلا فالطلاء الذى يكون فى العادة
ابيا يصير اصفر مسمرا ثم اسمر مسودا ومع ذلك لا يظهر فى الغشاء الذى تحته
حينئذ موت فربما اقرب للعقل ان هذا اللون من تصاعد الدم الحاصل من
نزيف ضعيف وهذا العرض مهما كان سببه ليس علامة محزنة ومثل ذلك ايضا
النكت البنفسجية فى الجلد مع انها نمش حقيقى يدل اذا ظهر على الضعف العميق
ويعلن بموت قريب

العلاج * المعالجة الصحية تأخذ بالطبيعة من طبيعة الاسباب التى فيها قوة
على احداث الداء فالهواء الجيد ونحوه من الاحتراسات التى تستدعيها
قوانين الصحة هى الوسائط النافعة للتحذر من ظهوره ولكن اقوى الوسائط
واحسنها هو ان يجهز للطفل مرضعة مناسبة فى السن واللبن ثم مع منفعة لبن
الام ينظر هل هو كاف لتغذية الطفل ام لا وليس عندنا واسطة قوية لتكثير اللبن
فى ضعفاء البنية ويمكن بسهولة ان يحول لبن مرضعة قديمة الى حالة طبيعية وليس

تصحيح

بصحيح ان الطفل الصغير يعيد الى اللبن قوته الاولى وانما المشروبات المحللة
اوالمائية المستعملة بكمية كبيرة والحمية القاسية قد يزيلان من هذا السائل
زيادة قوامه فيقرب للبن مرضعة جديدة ويقلل مع ذلك مقداره ثم على الخلاف
فى العدوى لا بأس بتبعيد الطفل عن المصابين بهذا الداء

وبعد ذلك اذا حصل الداء فان كان فى الدور الاول الى ابتداء الثانى لزم التمسك
بالملطفات ومضادات الالتهاب على حسب شدة الداء ولا ينبغى فى هذا الدور
استدامة الغسلات والكمادات لجدران الفم وتستعمل المشروبات المائية
والصمغية والمستحلبية او اللعابية كبزر الكتان وبزر السفرجل والخطمية
والخبازا ومستحلب اللوز ونحو ذلك واللبن ومصل اللبن المخلوط وهذه كلها
تستعمل ايضا وضعيات عامة كما تستعمل مشروبات محلاة قليلا فان السكر
والعسل ينبهان الغشاء المخاطى الفمى والحلق بل ليس بنادر ان يشاهد القلاع
على خدود البالغين ولثتهم من افراط السكر النقى وتستعمل تلك الادوية
المذكورة بدرجة حرارة لطيفة مساوية لحرارة الهواء فى الصيف وتكون فاترة
فى الشتاء فاذا كان هناك اعراض حمية واضحة وكان الالتهاب بحسب
الظاهر شديدا كانت الاستحمامات الفاترة والكمادات المرخية العامة مناسبة
فيلف الطفل فى خرق من الصوف مبتلة بماء فاتر مقبول مع الاحتراس عليه من
اصابة البرد فاذا ظهرت علامات التهاب المعدة او والامعاء لزم وضع علقة او اكثر
على قسم المعدة او على الشرج وفى تلك الحالة يلزم ان تستعمل الحقن المرخية
اللعابية والضمادات على البطن ونحو ذلك وجميع ما يحتاج لتلك الالتهابات
وقد اوصوا ايضا بمنع الطفل حينئذ عن ثدى مرضعته لكن الاحسن ان يقتصد
فى تغذية المرضعة بان يجعل لها تدبير مناسب به يصير لبنها اكثر مائية واقل
تغذية بدون ان يحتاج للادوية الكثيرة المشحونة بها كتب القدماء

ثم ان تلك المعالجة التى ذكرناها قد لا تذهب الداء ولكن تصيره اقل ثقلا واقصر
مدة فاذا خف التهيج الموضعى والعام وصار الجوهر المتفرز سميكا وكثيرا وذلك
هو الدور الثانى جاز ان يضم لتلك الوضعيات بعض قوابض خفيفة وسيما

الحوامض التى ثبت بالتجربة قوة فاعليتها ولكن ينبغى ان لا يزدرد من تلك الحوامض مقدار كبير وانما توضع على النقط المصابة من الفم بلطف بواسطة قلم تصوير صغير يصنع من شريط من خرقة منسولة الطرفين ومبرومة على طرف ساق صغير من جريد او خشب وتلك العملية الصغيرة تعمل خمس مرات اوستا فى اليوم وجميع الحوامض تناسب هنا والحوامض المعدنية مهما كان مدها بالماء تكون فى الغالب شديدة الفاعلية والصعوبة على اعضاء الهضم فاذا ازدردت جاز ان يحدث عنها قولنج والتهاب فى الامعاء او المعدة والانفع منها هو الخل وعصارة الليمون والحماض ممدود ذلك بالماء ممدا مناسبا ومحلى بالعسل المورد او شراب التوت بحيث لم يبق فيها الاحموضة قليلة ومن ذلك عصارة البرتقان او الرمان الحلو خالصة فهذه هى المستحضرات المناسبة التى نتج منها هنا نتايج نافعة ويزاد فى قوة الادوية تدريجا لكن بدون مجاوزة الحد

فاذا وصل الطفل الى حالة الضعف اعنى الدور الثالث لزم تصيير مشروبانه تدريجا اكثر تغذية وسيما اذا لم يمكنه التقام الثدى والمناسب حينئذ مغلى الشعير او الارز او لباب الخبز المخلوط باللبن ويمكن ايضا مزج اللبن بالامراق كما اوصى به بعضهم ويلزم ان تعصر المرضعة اللبن فى فم الطفل ويزاد لمنفعة هذه الوسائط الحقن التى يحل فيها صفار بيضة او نشا

فاذا ظهر الضعف الزائد وهدد بموت الطفل سريعا جاز ان يحصل بعض نفع من المقويات الشديدة وذلك كشراب الكينكينا وقشر البرتقان المحلول فى مقدار عظيم من المشروبات الملطفة لكن رجاء النجاح فيها قليل والغسلات والكمادات بالمنقوعات المرة او العطرية او الروحية يجوز ان تساعدها مع النفع لكن ينبغى الاحتراس من وضع اللزق الخردلية والحراريق التى ما عدا اضعافها لقوى المريض تسبب ايضا تعبا وضجرا غير نافع وفى بعض الاحوال الجيدة لاستعجال النقاهة والتحرس من عود الداء يؤمر بطرد الاغشية الكاذبة المبتلعة من القنوات الهضمية بان يؤمر باستعمال مسهل خفيف والمناسب من ذلك دهن اللوز الحلو مخلوطا مع شراب الورد ويستعمل جرعا بملعقة صغيرة

فى كل

فى كل نصف ساعة حتى ينتج منه بعض استفراغات ثفلية

ولنتمم مبحث العلاج بان نذكر باختصار بعض ادوية مدحها بعض الاطباء على مقتضى تجريباتهم مع انها لا وثوق بها ولا تعويل عليها لعدم عموم نفعها فتحت كربونات الصود غرغرة لم يحصل منه النفع الذى ذكروه وكلورور الكلس الذى استعمل ايضا كيف يفضل على الحوامض النباتية مع ان التجربة انما اظهرت منفعة هذه ومما ذكروه ايضا كبريتات الخارصينى او الشب وكذلك لا منفعة فى الحقن بماء الجير وكلورور الكلس بل هى خطرة وقال بلياز احسن العلاج تندية النكت المبذورة فى الفم بقلم تفتيلى مغموس فى ماء الخطمية وغسل فم الطفل بذلك ويعالج التهاب القناة الهضمية بما يناسبها قال وقد شاهدت نجاح هذه الطريقة على يد بارون واوصى جرسان ماعدا ذلك باستعمال مطبوخ لعابى اى مطبوخ كان يضاف عليه مقدار ربعه من سائل لبار الذى كلورور الصود السائل ليغسل به فم الطفل قال ويظهر لى ان هذا السائل الممدود بمطبوخ لعابى احسن من محلول تحت بورات الصود او محلول كبريتات الخارصينى وهو مختار ايضا فى الحقن عن ماء الجير فان هذا يهيج المعا انتهى ويصح ان يضاف على الغراغر مقدار يسير من الشب لكن لا يلتجأ لذلك الا اذا لم تنفع الغسلات المرخية

المبحث الرابع

فى الالتهاب الفمى الجرابى (قلاع)

اضطرب الاطباء من قديم فى المجلس الحقيقى للقلاع وطبيعته الحقيقية وما عليك الا مطالعة مؤلفاتهم من زمن بقراط الى زمننا هذا لتقف على صحة ماذكرناه ثم من المتأخرين من عنى بالقلاع قروح الفم مهما كان شكلها الاول ومنهم من رأى انه بثور حوصلية بيضاء من الوسط وحمراء من حوافيها واعرض الطبيب الماهر بيشا فى مبحث الخوريون المخاطى اسئلة فقال هل القلاع آفة فى الخوريون المخاطى او فى الحلمات او فى الغدد او هو التهاب منعزل خارج عن هذه الغدد بخلاف النزلة فى الفم فانها التهاب عام فى سعة عظيمة من المجموع

المخاطى انتهى والذى اثبته بليار انه التهاب فى الاجربة المخاطية التى فى الفم
وتلك الاجربة لاتشاهد فى الحالة الاعتيادية فتبقى مخفية فى سمك الغشاء كثيرة
العدد صغيرة الحجم فاذا التهبت احتقنت وانتفخت وظهرت على الوجه
الباطن للشفتين والخدين وقوائم اللهاة وقبوة الحنك اوعلى الوجه السفلى
والجوانب لقاعدة اللسان على هيئة نقط صغيرة بيضاء واحيانا توجد نكت ملونة
من مركزها بارزة قليلا ومحاطة غالبا بدائرة التهابية خفيفة جدا
ثم هى اما منعزلة اى قليلة العدد او متضاعفة منتشرة على اجزاء الفم واحيانا
تحس بها الاصبع قبل ان تميز بالبصر والغالب ان لاتكون مقصورة على الفم
وانما تمتد للمرى والمعدة والقناة المعوية ولنقصر الكلام هنا على شرح
اجربة الفم

فالتهاب الاجربة قد يقف احيانا فى الدرجة الاولى فيمكث فيها زمنا طويلا
بدون ان يحصل منه عارض لكن كثيرا ما يتقدم ويحصل منه التغيرات الآتية
وهى ان النكت الجرابية تتسع لكن لاتزال حافظة اشكالها المستديرة الاولى ثم لم
تلبث قليلا حتى يخرج من مركزها مادة مبيضة توجد اولا محصورة مستورة
ببشرة الغشاء الذى يتمزق عقب ذلك او يتقرح فتخرج منه تلك المادة بيضاء
صديدية فحينئذ يكتسب القلاع منظرا جديدا فيبتدأ فى الدور الثانى اى دور
التقيح فالنقط البارزة التى ذكرناها ليست درنات كما قال غرديان ولا حوصلات
ولا بثورا كما قال غيره وانما هى الاجربة المخاطية كما يثبت ذلك مجلسها وشكلها
الذى هو واحد دائما وانفتاحها من المركز وهى تشبه مشابهة تامة الاجربة
التى تشاهد فى المعدة والمعا الدقيق والاعور وقولون فحيث كان الامر كذلك
كيف يشك فى ان التقرح الذى يتبع هذه النقط الجرابية ليس نتيجة التهابها
وما الذى يمنع كون القلاع التهابا فى الاجربة المخاطية للفم مع انه لايشك الآن
فى ان القروح المستديرة فى المعا الدقيق والغليظ انما هى تابعة لالتهاب الغدد
الصغيرة التى توجد فى هذه الاقسام وتشبه جيدا اجربة الفم ولاجل ان نوضح
ايضا جيدا هذه المسئلة التى شك فيها بيشاندوم على شرحنا ونقول ان الجواب

متى تمزق لا يتكون منه نكتة بارزة وانما يكون قرحة سطحية مستديرة الحوافى
وتارة مقطوعة بانحراف منتفخة ومحاطة غالبا بدائرة التهابية حمراء وكثيرا
ما تنغرز من حوافى هذه القرحة الصغيرة ومركزها مادة لبنية بيضاء تلتصق بها
كقشرة صغيرة وينتهى حالها بان تنفصل وتسقط خارجة مع لعاب الطفل وذلك
كله غير منازع فيه

والقلاعات المنعزلة تشغل فى العادة الوجه الباطن للشفة السفلى وقيد اللسان
والوجه الباطن للخدين واطراف اللثة الغير الخارجة منها الاسنان فاذا كانت
القلاعات كثيرة العدد متقاربة لبعضها مختلطة الحوافى امتدت المادة اللبنية من
جراب الى آخر فتتكون من ذلك طبقة تختلف فى السعة والسمك وذلك هو
السبب فى اشتباه القلاعات بالموجيت مع انه يمكن التمييز بينهما دائما بان يلاحظ
نمو الاجربة الملتهبة وتفرق الاتصال الذى لا يوجد فى الموجيت على ان الافراز
الذى يصحب القلاع يتبع دائما التقرح ويشاهد غالبا بل دائما على الجزء الباطن
للشفتين والخدين واما النقط البيضاء للموجيت فتظهر اولا على جوانب
وطرف اللسان الملتهب وتمتد من هناك الى الاجزاء المجاورة لها ثم ان القلاعات
ليست صفاتها واحدة دائما فى جميع اوجه نموها فقد يتفق ان النقطة الجرابية اذا
تقرحت لم تتغط حوافى القرحة كما هو العادة بافراز زبدى خفيف وانما يصعد
منها بالتجفيف دم قليل يتجمد حتى يكون فى منظر قشرة خفيفة مسمرة ظنها بعض
المؤلفين كما فى الذبحة الخبيثة خشكريشة غنغرينية مع ان جرسان وبريطونوس
اثبتا ان ما سابقا ان ما ظنوه ذبحة غنغرينية انما هو فى الحقيقة التهاب فى المنسوج
المخاطى بدون فقد جوهر وذلك الالتهاب ينشأ عنه غلالة تتسخ بالدم المتصاعد
من السطح الملتهب فربما تكون بذلك فى منظر الخشكريشة فاذن يلزم ان يبحث
مع غاية الانتباه فى طبيعة وسبب القشور المسمرة التى تغطى القروح القلاعية
قبل ان يحكم بانها غنغرينية وهذا الغلط ربما حصل منه فى العلاج تلف كبير
لانه قد يؤدى الى العلاج بالمقويات والمحييات مع ان الداء فى الواقع يلزم له
العلاج بالوسائط المضادة للالتهاب ومع ذلك لا ننكر ان الاجربة المتقرحة

في الفم قد تنتهى احيانا بالغنغرينا وانما نقول ان هذا الانتهاء نادر جدا فاذا تلطف الالتهاب او انقاد للوسائط المستعملة له تمحت القرحة ولا تترك بعدها اثرا محسوسا ومع ذلك عمقها المحسوس ناشئ من سموكة حوافيها الملتهبة المنتفخة

فعلمنا من ذلك ان قلاع الفم يكابد في نموه الالتهابي دورين اما ان يكون على شكل اورام صغيرة بيضاء دخنية او ان هذه الاورام تتقرح وتفسد فينتج من ذلك ومن تقوينه بالمشاهدة ان القلاعات ليست كلها اوراما كما زعمه بعضهم ولا قروحا كما زعمه آخرون وانما تارة تكون ذاك وتارة تكون ذلك على حسب درجة التهابها فاذا لم يشاهد في بعض الاحيان الاقرحة فذلك لكون النمو الاول للجراب فرّ من انتباه الطبيب او الاشخاص المحيطين بالمريض والشرح الذى شرحه بلنك يقرب لما قلناه وانما جعل الاورام الصغيرة التى اعتبرناها نموا مرضيا للاجربة المخاطية حوصلات متكونة على سبيل العرض ثم انهم شبهوا القلاعات بالدخنية نظرا للمشابهة التى ظنوا وجودها بين هذه الاورام الصغيرة الفمية والاورام التى تظهر على الجلد في بعض الالتهابات الجلدية غير ان هذه المشابهة غير قوية اذا كان حقا ان القلاعات ناشئة من انتفاخ الاجربة المخاطية اذ لا يصح حينئذ مقابلتها بحوصلات الدخنية التى تختلف بالذات عنها ثم نقول ايضا ان قروح القلاعات تختلف ايضا عن غيرها من القروح التى تظهر ايضا في الفم وسنتكلم عليها فيما يأتى

وبعد ان فرغنا من الكلام على طبيعة القلاعات ونموها نبحث عن اسبابها واعراضها العامة ومضاعفاتها ومعالجاتها فنقول القلاعات ليست مرضا خاصا بالاطفال فان البالغين قد تصاب بها ايضا ولا شك ان ذلك هو الذى راعاه باطمان حيث قسم القلاع الى طفلى وبلوغى نعم اكثر مشاهدته في الاطفال الضعاف المتقهين اللون الليمفاويين ولا نبحث عن سبب القلاعات في احتباس العقى وحموضة اللبن وغلبة الحوامض في اخلاط الطفل وانما نعتبر ان الذين يصابون به كثيرا هم الاطفال الذين يتسلطن فيهم المجموع

الليمفاوى اى يكتسب فيهم ظهورا عظيما بسبب تأثير رداءة الاغذية اوالهواء المعيب الذى يستنشقونه من المحال الرديئة ويكثر ايضا فى الاطفال المرضى المتراكم منهم عدد كثير فى محل واحد وكل ذلك ثابت بالمشاهدات الصحيحة والظاهر ان الجهاز الجرابى للقناة المعوية يكتسب حينئذ زيادة فى القوة الحيوية مع المجموع الليمفاوى ومن ذلك كان استعداد هؤلاء الاطفال للالتهابات الجرابية والتغيرات التى تتبعها فى محال مختلفة من قناتهم الهضمية

قال بليار قد شاهدت فى بيت اللقطاء ان الموجيت يستولى بكيفية عامة على الاطفال المولودين عن قريب بخلاف القلاع فان اكثر مشاهدته فى الذين وصلوا الى زمن التسنين الاول وذكر ايضا الطبيب دينيس الذى سمى القلاعات الحقيقية بالنفاطات المتقرحة ان القلاعات لا تظهر غالبا فى الاطفال المولودين جديدا واذا اعتبرنا النمو التشريحى للعقد الليمفاوية والجهاز الجرابى فى القناة الهضمية فى المولودين نرى ان هذه العقد التى تكاد ان لا تظهر فيهم تكتسب نموا سريعا فى الاشهر الاربعة او الخمسة الاول من الحياة بحيث ان نمو هذا المجموع الليمفاوى يجذب معه متعلقاته فيطبع فى بنية الاطفال استعدادا مخصوصا ينتج منه تهيئتهم لالتهابات الاجربة والغدد الدهنية فظهر من ذلك توافق المشاهدة التشريحية والمشاهدة المرضية ويكون ذلك سندا للمذاهب التى نلتزم اعتمادها فالحاصل ان السبب الرئيس للقلاعات كائن فى النمو التشريحى وزيادة الشدة الحيوية فى الجهاز الجرابى بجميع الاسباب الخارجة التى توقظ هذا النمو او تساعده فى الشخص انتهى

والاعراض العامة فى هذا الداء عديمة الوجود غالبا فلا يوجد فى الطفل حمى فى معظم الزمن وانما يكون الجلد حارا جافا والنبض يضرب بهدو وقال بليار شاهدت اثنى عشر طفلا مصابين بالقلاع الواضح الصفات فلم ار ضربات الشريان الامن ستين الى ثمانين ولا شك ان هذا اليبس علامة حمية وقد ذكر ذلك الاطباء المشتغلون بامراض الاطفال من زمن طويل فقد قال اوندروود يقال

عموما ان الحمى تصاحب دائما القلاع لكن ليس الغالب ذلك وان كان الفم غالبا شديد الحرارة حتى فى المحل الذى يلامس حلمة ثدى المرضعة ويظهر ان الطفل لا يلتقم الثدى الا كرها ومع بعض احتراس ولا تظهر الحمى فى الاطفال المصابين بالقلاع الا اذا تقدموا فى السن بل لا توجد فى الجميع غيران هذا التنبيه يستدعى انتباه الاطباء لانه يمكن ان يذكر فى كتب الباثلوجيا العامة الا ترى ان الطبيب بنيل نظر لهذا التغير المخصوص فى الغشاء المخاطى للطرق الهضمية ذكرانه يلزم ان يسمى بالحمى المخاطية اوالغددية المخاطية واحدة من الحميات الرئيسة لكن اذا علم ان هذا التغير قد يوجد احيانا بدون حمى كما يشاهد ذلك فى المولودين جديدا الزم ان يكون مجلس الحمى وسببها فى محل آخر غير هذا التغير الذى لا يكون الاعرضا ممكنا لا انه لازم دائم مع ان بنيل اطال الكلام كثيرا فى هذه الحمى وفى الصفة التشريحية التى جعلها من الآفات الرئيسة التى تشاهد فى جثة من مات فى الاوباء المختلفة للحمى المخاطية فقال ان حالة المعدة والمرى والمعدة والامعاء كانت على الخصوص اهلا للاعتبار فى آفة الغشاء المخاطى الذى لهذه الاجزاء اذ كان من المعلوم طبيعة وجدان القلاع فى الفم الحلقى اعنى ان ينفصل من بعض المحال اهداب تشبه البشرة التى تغطى الغشاء المخاطى انتهى نعم قد يوجد مع ذلك فى هؤلاء المرضى مثل هذا التغير فى الجهاز الجرابى للامعاء لكن سنذكر ان حوا الا مثل ذلك فى الاطفال الذين لم يحصل لهم من ذلك اعراض حمية ولنكتف الآن بما ذكرناه ليكون مساعدا نافعا فيما يأتى

ثم ان القلاعات القليلة لا يشاهد معها من العوارض التابعة الا يسير بخلاف القلاعات المتراكمة فيشاهد الطفل منتقع اللون مهزولا بسرعة ويحصل له اسهال تختلف كثرته وتقايئ جميع ما يتناوله وذلك ناتج من كون الداء امتد للمرى والمعدة والامعاء وهذا التضاعف كثير الحصول وكثير الاهلاك وكثيرا ما يشاهد ايضا قلس وتجشى فتخرج بذلك رائحة حمضية تنسب غالبا لكون اللبن الذى ارتضعه الطفل اوسقى له لم ينهضم فى معدته المريضة فخرج بالقيء بعد ان حصل

فيه

فيه ابتداء تحلل تركيب وتلك الرائحة الحمضية مشابهة فى الحقيقة لرائحة اللبن المضروب بالحرارة او بالخل قال بليار ويظهر لى ان من العقل ان توضح بذلك هذه الرائحة الحمضية للمواد المتقيئة من الطفل ولفضلاته لاان يفتش على السبب فى الحمضية او القلوية لاخلاطه فان ذلك هجر الآن والقى فى زوايا الاهمال كيف تنسب لحمضية الاخلاط رائحة الحمض فى مواد القيء من شخص ملزوم بان يخرج طعاما كثيرا ادخله فى معدته ولم ينهضم او تكدر الهضم فيه بانزعاج قوى كرج العربانات واهتزاز السفينة

وقلاعات الفم يصحبها يقينا الم يحكم بشدته من صياح الطفل وسهره واضطرابه حيث يشاهد ذلك فى معظم الاطفال فاذا امتد الالتهاب للفم الخلفى واحدث انتفاخ اللوزتين والتهاب القصبة الرئوية حصل فى الصياح تغير محسوس وذلك هو معنى ما قال غرديان ان آلام هؤلاء الاطفال يدل عليها صوت ابح فيه صفير قليل لانه بكاء حقيقى وسنشتغل فيما يأتى بمسئلة هل يظهر القلاع فى القصبة الرئوية ام لا

العلاج * الوسائط العلاجية التى اوصوا بها لعلاج قلاع الفم تختلف على حسب اختلافهم فى طبيعة هذا الداء فنحن من حيث اننا نرى انه التهاب تختلف شدته فى الجهاز الجرابى للغشاء المخاطى الفمى نقول انه يلزم الابتداء بمضادات الالتهاب غير ان عندهم من الوسائط التى امروا بها على مقتضى المشاهدات المخصوصة بعض فاعلات دوائية فيها قوة على تنوع هذا الالتهاب تنوعا جيدا ومعالجته فيلزم ان نذكر شيأ منها

فاذا وجد فى طفل هذا القلاع وكان بحسب الظاهر جيدا مبادرا كالزم غسل فمه بقلم رسم من تفتيك دقيق مغموس فى مطبوخ الخطمية او ماء الشعير او اللبن الممزوج ولا بأس ايضا بان يوجه للفم بخار ماء الخطمية او الماء البسيط ولا ينبغى اهمال النظر للحالة العامة التى تعيش فيها بنية المريض حيث يكون ذلك من الهواء الردى الذى يستنشقه او من تغذيته الرديئة فانه كثيرا ما شوهدت اطفال رفعوا بالعرض من الحالة التى هم فيها فحصل لهم تحسن سريع

كأنه يخانى حينما وضعوا فى حجر مرضعات جيدات اللبن وخرجوا من حالة الضعف والنحول التى كانوا مغمورين فيها بسبب التغذية الغير الكافية لهم فيلزم اذن اخراج الاطفال المصابين بالقلاع من جميع هذه الاسباب البادية التى تعين فيهم على تسلطن المجموع الليمفاوى ومراعاة احوال قناتهم الهضمية حتى لا تتهيج بالمقويات التى يؤمر بها الا على الوجه المطلوب

فاذا بقى القلاع واقفا وكان متجمعا واستعصى على مضادات الالتهاب كان لا بأس بابدال المشروبات الملينة بالغراغر الحمضية ومن النافع استعمال مخلوط ماء الشعير والعسل المورد اجزاء متساوية مع اضافة بعض نقط من الحمض الكبريتى ومن النافع احيانا مس السطح المتقرح بقطعة من الشب لتتغير صفة التهيج فيصير فى الاسطحة الملتهبة ميل للالتحام ومن المعلوم ان اريتيه من القدماء امر بوضع الشب فى علاج الالتهاب المزمن للفم والبلعوم ومع ذلك لا يستعمل الا مع غاية الاحتراس ومتعاقبا مع الغراغر الملطفة حتى لا تجاوز درجة الالتهاب التى يراد انالتها بهذا الدواء

ولا حاجة لاطالة الكلام بذكر ادوية اخر ذكروها ككبريتات الخارصينى والبورق ونحوها لان الشب الذى فعله يكون سليما اذا استعمل مع الاحتراس يتم تلك الغاية ومع ذلك لا ينبغى ان يهمل استعمال غرغرة من سائل لبارالك الذى اوصى به جرسان فى الموجيت وذكرناه فيما سبق

فاذا علم من صياح الطفل ان معه الما شديدا كان لا بأس ان يزاد على غراغره الملطفة شراب الخشخاش المسمى دياقور بكمية من درهم الى درهمين فى اوقيتين من ماء مصمغ اولعابى واما المقويات والمقيئات والمسهلات التى امر بها بعضهم من الباطن فالظاهر انه لا يمكن ان يؤمر بها عموما ولا ان يقتصر عليها وسنتكلم على استعمالها اذا تكلمنا على الالتهابات فى القناة الهضمية ونذكر كذلك اذ ذاك الوسائط التى بها يقاوم هذا التضاعف فاذا انتهت القلاعات بالغنغرينا عولجت بالوسائط المذكورة فى الالتهاب الفمى الغنغرينى فاذا كانت مصحوبة بآفة جادية اوتبدلت بها بحث فى تلك الآفة حتى تعالج على حسب طبيعتها

وسيرها ووسائطها العلاجية وبالجملة فعلاج القلاعات يكادان لايختلف عن علاج الموجيت

المبحث الخامس

فى الالتهاب الفمى التقرحى

عنى بليار بذلك قروحا تظهر فى اى جزء كان من تجويف الفم كقيد اللسان وقاعدته والوجه الباطن للخدين وقبوة الحنك وذلك فى المولودين جديدا والذين جاوزوا وقت الولادة بكثير اوقليل وبالجملة هذه القروح غير القروح التى تتبع الموجيت والقلاع والغالب انها تكون منعزلة قليلة العدد بل احيانا تكون قرحة واحدة ويندر ان يصحبها اويسبقها حمى عكس القروح التى تتبع الموجيت وقد تكون احيانا تابعة لهذا الداء اى الموجيت وتلك الحالة هى التى يوصل الطفل فيها الداء الحملة مرضعته وتشخيص تلك القروح ومعالجتها لا تختلف عن نظائرها من الموجيت الاعتيادى وهذه تشاهد احيانا فى الاشخاص الذين وصلوا لآخر درجة من الاستعداد السرطانى وفى المسلولين وتوجد احيانا فى الحلق كما يظهر مثلها حول الشرج وتكون حينئذ علامة اكيدة على وجود نظيرها فى القناة المعوية فتكون من العلامات المغمة ففى مثل تلك الحالة لا تنفع الا المعالجة التسكينية ولنقف هنيهة فى شأن القروح التى نعتبرها موضعية وهذه تعرض احيانا بدون سبب معروف وذلك كالتى تظهر على الوجه الباطن للشفتين والخدين وجانبى اللسان وقيده وسقف الحنك واللوزتين مع بعض اعراض ذبحية ويشاهد ايضا فى الحفر الانفية مثل ذلك الا انها حالا تغطى بمخاط يجف ويتيبس ويصير قشورا

ومن المهم تمييز هذه القروح عن القروح الاكالة الزهرية التى تشبهها فى المنظر وعن قروح اخر تبقى محفوظة فى الفم من اسباب موضعية فالقروح التى نحن بصددها يتولد كل منها من نقطة حمراء ثم تتقرح ويتسع سطحها ويصير سنجابيا وحوافيها تكون جيدة القطع اى ليست مشرومة وتكون حمراء مؤلمة ويندر ان يكون فيها اعوجاج وليست شديدة التعمق ولا الصلابة ولا تتقدم بسرعة

عظيمة ولا تستعصى استعصاء قويا عن العلاج وذلك كله عكس القروح الاكالة
الزهرية فاذا طالت مدتها فذلك عادة يحصل من تجددها بعد زوالها من
نفسها وتلك الحالة الاخيرة تكفى لتمييزها عن قروح تكون اعمق منها وتتسبب
من بروز الاسنان المكسورة او التى فيها زوايا تهيج او تمزق اللسان او الخد
مع انه يسهل معرفتها بوجود هذا البروز ثم قد يكون المتهيج من التهاب اصلى
غير ناشئ من الاسنان هو الغشاء المخاطى الموضوع بين القوسين السنيين اللذين
هما فى اجود تكون اعتيادى فالتقرح يكون حينئذ مستطيلا ويدل على
طبيعته وسببه هيئة عرف بارز موضوع فى المسافة بين السنين واما القروح
التى تحصل من التلعب الزيبقى فسيأتى شرحها فى الكتاب الثانى وتعرف
بعلاماتها المقدمة وهى التلعب وانتفاخ عقد العنق ورائحة النفس
والغالب ان القروح الموضعية تزول بعد بعض ايام بدون علاج فاذا استعصت
استدعت اولا النظافة وثانيا مضادات الالتهاب كالغسلات والغراغر
والاستحمامات التى هى من طبيعة مرخية فاذا طال زمنها ونقص المها
والتهابها كان لا بأس باستعمال غراغر او غسلات حمضية وفى بعض الاحوال
تنقاد صعوبتها لكؤول القوقلارس اى حشيشة المعالق ممدودا بالماء واحيانا
قالوا يمس السطح المتقرح ببلورة من كبريتات الحديد واتفق انه نيل التحامها
بمسها مرتين بنترات الفضة ونجح ذلك مرة فى التى على اللوزتين وبالجملة فعلاج
هذه القروح يقرب من علاج قروح القلاع والموجيت فاذا انتقلت تلك القروح
الى الغنغرينا استعملت وسائطها التى ستذكر قريبا وسيأتى لنا نظير ذلك
فى الذبحة البلعومية واما لين الغشاء المخاطى فهو تغير ثقيل يعسر علاجه

المبحث السادس

فى الالتهاب الفمى البثرى

قال بليار نسمى بذلك التهاب الغشاء المخاطى الفمى الذى يظهر فى سير الجدرى
ويحصل منه بثور تشبه بثور الجلد ولا تستدعى هذه البثور وسائط مخصوصة
ولا طرقا علاجية يلزم اتباعها وعلاجها يدخل فى علاج الالتهاب الجلدى

الذى

الذى ظهرت معه ولذلك تحيل الكلام عليها ونقول ان كلا من ظهورها وسيرها وعلاجها مرتبط بنظيره فى الجدرى ولم يتيسر لى الى الآن ان اجزم جزما يقينيا بمجلس هذا التغير الذى نعتبره بثريا بالنظر للمشابهة بينه وبين الالتهاب الجلدى المصاحب هوله انتهى

المبحث السابع
فى الالتهاب الفمى الغنغرينى

غنغرينا الغشاء المخاطى الفمى اوجدران الفم قد تعرض بكيفيات مختلفة فقد تكون هى الانتهاء لبعض الاصناف السابقة من الالتهاب الفمى خصوصا الجرابى وقد تظهر عقب تغير مخصوص يعرض فى الاجزآء الرخوة لجدران الفم ولنجتهد فى البحث عن اسباب هذا التغير وصفاته

فالغنغرينا التى تظهر فى الحال المتقرحة من الفم ذكرها معظم المؤلفين وسموا هذا التغير بالقلاع الغنغرينى قال بليار ويظهر لى انهم كثيرا ما اعتبروا بعض اصناف القلاعات غنغرينية والحال انها ليست كذلك حسبما ظهر لنا من المشاهدات

ثم ان القلاعات اذا انتقلت لحالة غنغرينية فان حوافيها تذبل وتتخذ منظرا احتراقيا متمزقا رخوا وكثيرا ما يتكون فى مركزها خشكريشة سمرآء تنفصل حالا وينكشف عنها سطح احمر محبب واحيانا ينفصل من مركز القرحة مادة يصير قوامها هلاميا وتكون مسمرة اللون وذات رآئحة غنغرينية واضحة جدا ثم تنتفخ الاجزآء المجاورة لها ويصير منظرها بنفسجيا وقوامها رخوا بحيث يسهل انضغاطها بالاصبع وفم الطفل فى ذلك الزمن ينفتح دآئما نصف انفتاح ويسيل منه لعاب سائل خيطى والوجه ينتقع لونه ويبقى المريض فى سبات وضعف ولا يحس مع ذلك كله بحركة حمى ولا يظهر فيه تنبه حمى ونبضه يبقى دآئما زآئد الضعف وجلده يكون عظيم الاعتبار بانتقاع اللون وعدم الحساسية وكثيرا ما يضم لهذه الاعراض القيء والاسهال وتوتر البطن والفواق احيانا والقلس كثيرا

وهذا الانتهاء للقلاعات مهلك لانه يعرض عادة فى زمن يكون الطفل فيه غالبا مهزولا منحولا بسبب تقدم الالتهاب الذى اصابه فتأثير الادوية المناسبة اذ ذاك قليل وانما يلزم عند تحقق غنغرينا القلاعات ان يمس السطح اولا بماء العابى محمض قليلا فاذا لم يحصل من ذلك تنوع فى منظر القرحة لزم استعمال الحمض الكبريتيك او المرياتيك فلاجل وضع ذلك بالمناسب تؤخذ انبوبة من زجاج شعرية تغمس فى الحمض لتمتص نقطة او نقطتين ثم توضع بعد ذلك على سطح القرحة وتمس بها بلطف وبعد وضع الحمض وانفصال الخشكريشة تمس المحال التى بقيت متغنغرة باسطوانة من نترات الفضة المبرية لانه اذا استعمل الحمض حينئذ ايضا خشى امتداده للاجزاء التى ليس عليها خشكريشة فيصير سطحها شديد التهيج بخلاف الحجر الفضى فانه يسهل تلطيفه وتحديد فعله بالارادة واذا استعمل من الابتداء لم يؤثر فى العمق تأثيرا كافيا

وما قلناه فى القلاعات الغنغرينية ينزل على جميع قروح الفم التى تكتسب منظرا محزنا ولنتكلم الآن على الغنغرينا الحقيقية للفم اعنى التى لا تكون تابعة لالتهاب خالص ظاهر الصفات ويظهر انها حاصلة من تغير مخصوص فى جدران الفم وهذا الداء اشتغل به الاطباء من زمن طويل الا انه لم تتقن دراسته اتقانا جيدا الا فى هذه الازمنة الاخيرة ولاسيما مؤلفات بارون وجرسان فانهما ذكرا فى هذا الداء قواعد صحيحة بخلاف غيرهما من المتقدمين فان ونزيتن مثلا ذكر ان منسوج اللثة قد يفسد بالغنغرينا او باللين وسنذكر هذا التغير قريبا ولم يشرح فى الحقيقة غنغرينا الفم التى نسميها الآن بذلك حسبما شرحها الاطباء الذين ذكرتهم ونحن اذا شرحناها ندخل فيها فساد اللثة وفساد اى جزء كان من الغشاء المخاطى المغشى لجدران الفم ومع ذلك لا نقصر شرح الغنغرينا على وقت ظهور خشكريشتها فى المحل الفاسد بل نبحث ايضا عن الحالة المرضية التى تسبق تلك الغنغرينا وتوصل اليها فنقول

قد شاهدنا فى امراض الجلد ان اقدام الاطفال وايديهم واشفار البنات الصغار

معرضة لانتفاخات غير مؤلمة وان الغالب ان هذه بدل ان تحلل تنتهى
بالغنغرينا ومثل ذلك يشاهد فى الفتحة المقدمة والجدران لفم بعض المولودين
وذلك ان هذه الانتفاخات الغير المؤلمة توجد فى المولودين الضعاف المترشحين
الذين هم فى حالة سقوط وسبات بحيث تكون القوة الحيوية فيهم ضعيفة جدا
وذكر بليار امثلة من ذلك منها ان طفلا عمره شهر كان يرضع فى بيت الاطفال
من وقت ولادته وبنيته ضعيفة ولونه منتقع وبطنه متوتر ويتقايا اللبن الذى
يشرب به فدخل قاعة المرضى فى اليوم الرابع من شهر فوريير سنة ١٨٢٦
وكان معه ماعدا ما ذكرناه اعراض اخر وهى تقايى المشروبات بعد ان يشربها
بقليل واحمرار حوافى اللسان وتوتر البطن واسهال مادة صفراء واحمرار دآئر
الشرج فامر له باستعمال الارز المصمغ والكمادات المرخية على البطن واللبن
الممزوج وبقى على هذه الحالة مدة ثمانية ايام وفى اليوم الثانى عشر من الشهر
ظهر على سطح اللسان بعض نقط من الموجيت واخذ النحول فى التقدم السريع
وصار لون الطفل زآئد الاصفرار وانتفخ وجهه وترشح بالمصل وفى الخامس عشر
زاد ترشح الوجه وشوهد ماعدا ذلك انتفاخ ظاهر فى الشفة العليا وبسبب ذلك
كانت دآئما مرتفعة قليلا بحيث صار الفم منفتحا نصف انفتاح وكان هنالك
ايضا اذويما قليلة فى الاجفان واما الحالة العامة للطفل فلم يكن منها اعظيم
الاعتبار الا الهبوط وانحطاط القوى ولم يكن معه حمى فامر له بالارز المصمغ
واللبن الممزوج وفى اليوم الثامن عشر انقطع الاسهال والقيء وبقيت حالة
الوجه والشفة كما كانت وفى العشرين زاد انتفاخ الشفة العليا وصار لون
حافتها بنفسجيا واستولى البرد العام على الطفل والصياح الذى كان ضعيفا صار
لا يسمع وصارت نبضات القلب بطيئة غير منتظمة وظهرت قشعريرة ومات
الطفل بالليل

ولما فتحت رمته وجد فى الشفة العليا مصل ليمونى مخلوط بنقط دموية ومرتشح
ذلك فى النسيج الخلوى تحت الجلد وكان الغشاء المخاطى المحاذى لذلك منتفخا
رخوا جدا وكان فى الشفة السفلى ايضا انتفاخ اوذيماوى خفيف ووجد

فى قيد اللسان قرحة سطحية لم تكشف حال الحياة ووجد المزمار منتفخا
انتفاخا اوذيماويا والمرئ شديد الاحتقان بالدم والمعدة سليمة والاثنا عشرى
محتويا على سائل لزج مصفر وفيه حزوز كثيرة محمرة وباقى المعا الدقيق انما كان
لونه ورديا قليلا ومع ذلك كان غشاؤه الباطن منتفخا سهل التمزق ووجد
فى قولون بعض حزوز حمر يوجد فيما بينها خطوط مزرقة والكبد محتقنة بالدم
وكذا الرئتان ايضا وثقب بوتال منفتحا واما القناة الشريانية فمنسدة واوعية
سطح المخ كانت محتقنة وبطونه غير محتوية على مصل
فهذه المشاهدة عظيمة الاعتبار فى كون ظاهر جسمه الذى هو مصفر هابط ربما
استدعى استعمال المقويات لكن يمنع منها حالة الطرق الهضمية الملتهبة وهل
ينسب ذلك الهبوط العام للاحتقان الدموى فى الاعضاء الرئيسة للجهاز
الدورى وعلى كل حال يلزم ان ننبه على انه لو لم يمت الطفل لوصل هذا الانتفاخ
الاوذيماوى فى الشفة العليا الى الفساد كما شوهد ذلك فى المشاهدات الاخر الآتية
فمن تلك المشاهدات مشاهدة طفلة عمرها اثنى عشر يوما وولدت ضعيفة
هزيلة وصارت تأخذ فى النحول كل يوم بين يدى مرضعتها فحملت الى بيت
المرضى تاسع يوم من شهر جوليت فكانت منتقعة اللون تصيح تارة وتسبت
اخرى ودرجة حرارة جلدها طبيعية ونبضها يضرب من سبعين الى ثنتين
وسبعين والضربات صغيرة ربما غابت تحت الاصبع فامرلها باللبن الممزوج
بماء الشعير وبقيت على تلك الحالة الى الخامس عشر فحينئذ اخذ النحول فى التقدم
وزاد الاصفرار وصار اللسان احمر شديد الجفاف وعلى جوانبه شئ من الموجيت
فامر لها بغراغر من الخطمية وباللبن الممزوج وفى الثامن عشر امتد الموجيت
منفرشا على سطح اللسان وصار جميع الجزء السفلى من الوجه اوذيماويا وصارت
الشفة السفلى محلا لانتفاخ عظيم فنتج من ذلك انها انقلبت الى الخارج وصار
منظر الجلد المغطى لها دهنيا وغشاؤها المخاطى مكدما اى ذا كدم
فامر لها بغرغرة من مطبوخ الكينكينا وباللبن الممزوج وفى اليوم العشرين
عظم انتفاخ اللثة وظهرت نكتة بنفسجية شبيهة بالوحمة فى جلد الشفة السفلى

الذى

الذى اذا لمس وجد حارا وصار النبض بطيئا بل يكاد ان لا يدرك ولو الطفلة فى حالة انحطاط تام ولم يحصل لها قئ ولا اسهال ومكثت هذه الحالة معها الى اليوم الثانى والعشرين فماتت فى الليل.

وفى فتح رمتها وجدت الشفة السفلى مرتشحة بمصل دموى بحيث صار منسوج الشفة فى سمك اربعة خطوط بل اكثر واذا شق بالمشرط كان شقه نقيا يفرقع عند القطع واما الغشاء المخاطى فابتدأ فى الانتفاش والانفصال عن الوجه الظاهر للفك ولم يبق على اللسان الا بعض شئ من الموجيت وكان لون المعدة بنفسجيا واما غشاؤها الباطن فمنتفخ سهل التمزق وبقية القناة الهضمية مبذور فيها خطوط حمر والعقد المساريقية اكثر انتفاخا من العادة والرئتان سليمتان والقناة الشريانية منسدة وثقب بوتال قليل الانفتاح والمخ سليم ايضا

فقد رأينا فى هذه المشاهدة تآكلا او تقرحا فى الغشاء المخاطى للفم حصل عقب انتفاخ اوذيماوى كان جدران هذا التجويف محلا له مدة ايام وسنرى فى المشاهدة الآتية تقدم الغنغرينا تقدما واسعا سريعا.

وحاصلها ان طفلة عمرها تسعة ايام دخلت المارستان فى اليوم الخامس من جنفيير وكان معها اوذيما عامة ولونها ضعيف والنبض ممتلئ غير منتظم وفيه بعض سرعة والصياح قليل الظهور وفيه بعض خفاء والصدر لا يظهر منه بالقرع الا صوت مكتوم اصم فى الجهة اليمنى فامر لها بمنقوع صدرى سكرى وباللبن الممزوج ثم من اليوم الخامس الى الثامن لم يحصل تغير فى الحالة عظيم الاعتبار الا كون الطفلة لم تزل آخذة فى الذبول وفى اليوم الحادى عشر ظهر فى الجانب الايمن من الوجه انتفاخ ظاهر وانتفخت اللثة من تلك الجهة وضعف صياح الطفلة وصار ينزل على الدوام من فمها مادة مخاطية مدممة تلتصق على الشفتين ولم يكن معها ادنى حركة حمية فامر لها بالشعير المحلى والغراغر الملينة وفى اليوم الثانى عشر زاد انتفاخ الوجه زيادة مهولة وتشوه وانقطع الصياح وبقيت اوذيما الاطراف وصار يفوح من الفم رائحة

البيض النتن مع كونه ممتلئا من مادة مخاطية مدممة والانتفاخ فى اللثة لم يتقدم الا بتقدم انتفاخ الوجه قال بليار واعرض على حينئذ الطبيب بارون المنظر الاملس الدهنى لجزء الوجه الاوذيماوى وحصل فى اثناء هذا الانتفاخ نكتة مستديرة فى حجم النصف الفضة لونها احمر ويوجد فى مركز الخد نواة احتقان اصاب من الاجزاء المحيطة بها فامر للمريضة بالغرغرة الحمضية وباللبن الممزوج وفى اليوم الثالث عشر ظهرت خشكريشة مستديرة سمراء فى المركز وصفراء فى حوافيها على الوجه الباطن للخد المنتفخ بل امتدت الى اسفل اللثة حيث يوجد قربها تأكل عميق حوافيه مسمرة كانها محترقة ويتصاعد من الفم رائحة غنغرينية واضحة واكتسبت النكتة الحمراء التى فى ظاهر الخد منظر ابنفسجيا واسترخت الطفلة وصارت غير متحركة بدون حمى وفى اليوم الرابع عشر اتسعت الخشكريشة واستولت على جميع سمك الخد الذى وجهه الباطن رخو مسمر محاط بدائرة حمراء بنفسجية وتبدل التاكل الذى ذكرناه بحجر عميق ناشئ من انفصال الغشاء المخاطى فى محاذاة عظم الفك السفلى ويخرج من هذا الحجر مادة لزجة سمراء مدممة قليلا ثم مات الطفل فى المساء وفى فتح رمتها وجد الانتفاخ الاوذيماوى الذى فى الوجه كما كان فى الحياة وقوام خشكريشة مركز الخد فى قوام الزبد وتنفصل اهدابا ومنسوج الخد فيما حوالها فى منظر الشحم الجامد واللثة فى هذا المحل فاسدة بالكلية بسبب الغنغرينا وعظم الفك متعر واما المرئ فصحيح والمعدة منكتة بنكت حمر والمعا الدقيق محتقن احتقانا شعريا عاما والغليظ سليم قال بليار وشرحت الاعصاب والشرايين والاوردة التى تتوزع فى الخد فما رأيت شيأ عظيم الاعتبار ووجد التصاق بين البلورا الصدرية والبلورا الرئوية فى الجانب الايسر والرئة فى هذا الجانب فيها قرقعة والرئة اليمنى زائدة الترشح بالدم فى جميع فصها الاسفل ومقرقعة فى جزئها العلوى والتامور فيه بعض تمدد ويحتوى على نحو ملعقتين من المصل الصديدى والوجه الباطن له محمر اللون والوريقة التامورية اكثر احمرارا ومغطاة بمتصعد غشائى كاذب سميك وسموكته فى محاذاة اذنى القلب اكثر منها فى محاذاة

بطيناته وشوهد منسوج القلب مندمجا منتقع اللون وفتحاته الجنينية منسدة والمخ فيه احتقان عام

وهذه المشاهدة عظيمة الاهتمام فان فيها التهابا بلوراويا مزمنا وتاموريا حادا ونحن لاجل ان لانخرج عن الموضوع الذى نحن بصدده يلزم ان نلقى انتباهنا لسير غنغرينا الفم فلننبه اولا على الانتفاخ الاوذيماوى للخد الذى صار منظر جلده فى بعض المشاهدات دهنيا وثانيا على النواة اليابسة التى شوهدت فى مركز هذا الانتفاخ وتكونت يقينا من ابتدآء فساد فى المنسوج الخلوى اوالدهنى وثالثا على المادة المخاطية المدممة الخارجة من الفم ورابعا على النكتة البنفسجية التى تبدلت بخشكريشة وخامسا على الفساد العميق فى جدران الفم ومنسوج اللثة فى المحل المحاذى للخشكريشة وذلك الفساد فيه جميع الصفات الواضحة للغنغرينا وظهر اولا فى محل ملامسة الجدار الفمى لعظم الفك وقد ذكر هذه التغيرات كلها بارون فى رسالته التى الفها فى غنغرينا الفم ورتبها على تلك الدرجات التى يلزم مراعاتها فى العلاج حتى تصل الى الدرجة الاخيرة التى هى مهلكة غير قابلة للشفاء

وقد تلخص لنا من ذلك كله ان لهذا الدآء درجتين احداهما انتفاخ اوذيماوى محدود يعرف بالمنظر الدهنى للجلد وبالنواة المركزية الصلبة التى يظهر فى محاذاتها احيانا نكتة حمرآء معتمة اما على الوجه الباطن او الظاهر لجدار الفم فهذه هى الدرجة الاولى ولا يصحبها فى الاطفال الصغار حمى ولا اعراض الفعال واضح وثانيتهما ان يظهر فى الجزء المركزى خشكريشة تتكون عادة من الباطن الى الظاهر فيفسد الغشاء المخاطى ويتعرى العظم وتموت الاجزآء الرخوة كلها الى السمحاق وتسقط اهدابا وتنزل من الفم مع ذلك مادة مخاطية دموية مخلوطة ببقايا الجدران الفمية او اللثة ولذلك تتصاعد من المريض رائحة نتنة فهذه هى الدرجة الثانية ولا ينبغى ان تشتبه عليك غنغرينا الفم بالبثرة الخبيثة فان الاولى تخالف الثانية كما يأتى بكون الالتهاب الغنغرينى يبتدأ من باطن الفم ولا يمتد للجلد الافيما بعد وليس هناك مايدل على انها معدية

وكثيرا ما يشاهد تسلطها على مريض واحد كما هو الغالب مع انه مقيم بمارستان يحتوى على كثير من الاطفال

ومن العسر توضيح سبب هذه الغنغرينا لكن هناك امر لا ينبغى اهمال النظر اليه وهو الاوذيما اى الانتفاخ الغير المؤلم الذى يسبق دائما تكون الخشكريشة افلا تكون هذه ناتجة من عدم دوران الدم فى الاوعية الشعرية وتبدله بالمينفا او بالمصل الذى ينتشر ويحتقن فى المنسوج الخلوى المحيط به فالاعضاء التى يلزم ان يحييها السائل الدموى ويغذيها تذبل وتفسد قال بليار لا يتيسر لى ان اجزم للسبب تلك نهاية ما اذكر للشأن هذه الغنغرينا بعد ان يسبقها عمل التهابى تكون هى نتيجته بل انما تتبع احتقانا غير مؤلم شبيها بالاحتقان الذى يسمونه بالاوذيما الغامة ففى هذه الحالة الاخيرة لم تلبث اجزاء الجسم المنضغطة قليلا حتى تتغنغر فيكون الوجه الباطن للفم الذى جداره منتفخ مترشح هو الذى يتغنغر اولا فى المحل الذى يكون منضغطا بنفس الانتفاخ الحاصل فيه على الفرع الافقى للفك او على القوس السنخى فاذن ليست الغنغرينا الا نتيجة الانتفاخ الاوذيماوى ولنبحث الآن عن سبب هذا الانتفاخ فنقول من المعلوم سم ولادة ترشح المنسوج الخلوى للمولودين بحيث ينتج من ذلك انتفاخ واضح اوذيماوى هو الذى سماه كثير من المؤلفين بتيبس المنسوج الخلوى وتلك الهيئة الرشحية المصلية تعرض الاطفال الى الاحتقانات الغير المؤلمة والالتهابات الغنغرينية فى الجلد والاطراف ثم لا تنس ما قيل فى امراض الجلد من كثرة غنغرينا اصابع اليدين والرجلين والفرج فى المولودين افلا يقال بناء على ذلك ان هذا النوع من التغير يتطابق فى كثرته مع استعداد الاطفال للاوذيما وذلك الاستعداد ناشئ ولا بد من الحالة الراهنة للجهاز الدورى لان فعله وانتظامه لم يكمل الى الآن بل يقرب للعقل ايضا انه ناشئ من كثرة المصل فى دم الاطفال الصغار فالظاهر ان هذا هو سبب الاوذيما التى تصير هى ايضا سببا مهيئا للغنغرينا

فاذا اعتبرنا الآن ظهور غنغرينا الفم فى الاطفال الذين هم اكثر تقدما فى السن

ممن ذكرناهم نرى ان هذا الدآء يظهر بالاكثر فى الاطفال الذين يحصل لهم
بعد الالتهابات الجلدية كالجدرى والحصبة الارتشاح العام الذى كثيرا ما يتبع
هذه الالتهابات فيصيرون بذلك فى حالة استعداد مرضى شبيهة بالحالة
الاعتيادية التى يكون عليها المولودون فى الاشهر الاول من الحياة
ومن ادلة ذلك بعض اطفال ذكرهم بارون فى رسالته اصيبوا بالحصبة
ثم بغنغرينا الفم مع كون وجوههم واغشيتهم اوذيماوية قال بليار وانما اطلنا
الكلام فى البحث عن اسباب الدآء الذى نحن بصدده وعن طبيعته لان ذلك
يوضح لنا اختيار العلاج الذى يلزم اتباعه لمقاومته
العلاج * هو يختلف باختلاف ادوار الداء فاذا كان هناك رشح عام عولج
بالوسائط المذكورة فى اوذيما المنسوج الخلوى اى تيبسه فاذا كان الارتشاح
موضعيا بان كان الوجه مثلا هو مجلس الدآء لزم الاجتهاد فى تحريض
الامتصاص بالمروخات العطرية والدلك الجاف فاذا صارت الاوذيما محدودة
ووجد فى مركزها نواة احتقان اصلب من بقية الاجزآء لزم حينئذ استعمال
الوسائط المحللة القوية وسيما التمريخ بالطلاء النوشادرى ويلزم تغطية الخد
برفائد منداة من محلول مركز من ادروكلورات النوشادر المسمى بملح النوشادر
قال بليار واظن انه ليس من الحزم هنا استعمال مروخات زيبقية لان هذا
الدوآء قد يحرض تقرح الغشاء المخاطى الفمى ومن المعلوم ان هذا الغشاء اذا
تقرح تقدمت الغنغرينا تقدما سريعا غريبا فاذا ظهر فى باطن الفم تأكل
خفيف وفى الظاهر نكتة اى كدم بنفسجى لزم استعمال واسطة قوية بان يكوى
الجزء المركزى من الورم اما بزبدة الانتيمون التى تدخل فى عمق شق صليبى يفعل
من خارج الخد واما بزر حديد حمى حتى ابيض وهو الاحسن فيوضع من غير
خوف على الجزء المتغنغر وهذه الكيفية الاخيرة فضلها بارون وهى المستعملة
عنده لا غير وينبغى المبادرة اليها ما امكن لانه اذا انتظر تقدم الدآء لاجل
ان يتحقق لزم ان يفسد سعة عظيمة من الخد وذلك يعرض الطفل لان يحصل
فى وجهه اثرة مشوهة المنظر ويصح مع ذلك غسل الفم بالماء المعسل او بماء الشعير

المحمض فاذا انفصلت الخشكريشة اوتلفت بالكى كان لا بأس بالالتجاء الى الغسلات والضمادات المرخية ليتلطف سير الالتهاب الاصلى وتخف شدته واما المعالجة العامة فالاهتمام بها قليل لان فعلها بطئ غير اكيد فليست بانفع من الكاويات الموضوعة مباشرة على مجلس الداء الذى سيره وتقدمه مهول جدا ومع ذلك يصح ان تحفظ قوى الطفل بمخلوط اجزاء متساوية من اللبن والمرقة اويسقى بعض ملاعق صغيرة من نبيذ ملجة فى النهار وينبغى الاحتراس من استعمال المنبهات من الباطن مع ملاحظة انه مع الضعف الظاهر للشخص قد تكون القناة الهضمية مجلسا للتهيج اوالتهاب بحيث ان الادوية المنبهة تزيد فيه ومع ذلك اذا لم يكن فى البطن الم وكان هناك امسال كان لا بأس باستعمال الزيبق الحلو اوالحقن التى تعمل من محلول كبريتات الصود اومن زيت الزيتون اوزيت الخروع فانها بزيادتها فى الافراز المعوى يحصل منها تحويل فى جزء القناة الهضمية المقابل للجزء المشغول بالداء وينبغى ان يختار الزيبق الحلو وكبريتات الصود فالاول يؤخذ من الفم فى ماء محلى بالسكر والثانى يستعمل حقنا

الفصل الرابع

فى امراض الاجزاء المحوية فى الفم

وفيه خمسة مباحث

المبحث الاول

فى الالتهاب اللسانى

الالتهاب اللسانى اى التهاب المنسوج اللحمى للسان قال بليار ماشاهدته فى الاطفال الرضع وقد تكلمنا على الاكدام التى تشاهد فى هذا السن فى منسوج هذا العضو ولا ينبغى ان تشتبه بآثار الالتهاب ولا تعتبر من الاحوال المرضية صلابة اللسان التى تشاهد فى معظم رمم الاطفال فان هذه الصلابة تنشأ من التيبس الرمى اومن انقباض تشنجى يدخل فيه عضلات هذا العضو قرب الموت واما التهاب الغشاء المخاطى الذى يغشى اللسان فان شرحه يدخل

فى شرح

فى شرح الالتهاب الفمى فاظن انه بموجب ذلك يستغنى عن شرحه فى فصل
مخصوص واما التهابه فى سن اعلى من ذلك فكالتهابه فى الكبار البالغين

المبحث الثانى

فى التسنين وامراضه

من المعلوم ان معنى تسنين اندفاع الاسنان هذا معناه فى الطب العملى واما
التكون الاول للاسنان ونموها ثانيا الى ظهورها فهذا شئ آخر ثم ان التسنين
ينقسم الى تسنين اول وثانى فالاول هو الذى يحتاج لانتباه الاطباء بسبب
الظاهرات المرضية التى تحدث منه كثيرا واما الثانى فظاهر انه قليلة
وقد اعتنى المؤلفون كثيرا بالظاهرات المرضية التى تنسب لظهور الاسنان
الاول وعادتهم ان ينسبوها للحركات العنيفة التى يظهر ان الطبيعة تفعلها
فى خروج الاسنان والغالب انهم يبحثون عن سبب تلك العوارض المصيبة
للاطفال حينئذ فى اللثة وفى العمل الالتهابى الذى يحصل فيها وفيما يظهر
حينئذ من الاكلان والاحتقان والالم قال بليار واظن ان هذا مبالغة
فى التخصيص ومن الغلط اختياره عموما وها نحن متعرضون لاثبات سبب
آخر لهذه العوارض غير ذلك لنذهب منه ونعالج بانتظام ونجاح الاطفال
المصابين بالاعراض التى تنسب للتسنين المتأخر او التسنين المؤلم او التسنين
العسر فلاجل توضيح مذهبنا واثباته يلزم ان نبحث بحثا تشريحيا وصحيا
على ما يحصل فى جراثيم الاسنان وفى الاسنان نفسها من ابتداء تسنينها الاول
الى ظهورها خارج اللثة ثم نبحث عن الظاهرات المرضية للتسنين فنقول
اعلم انه يوجد بين نمو الاجربة السنية ونمو عظم الفك الحامل لها نسب عظيمة
الاعتبار فالجنين الذى عمره ثلاثة اشهر تكون الحافة السنخية للفكين فيه قائمة
من ميزاب وحيد ضيق فى جزئه المتوسط وواسع فى جانبيه المحاذيين للاقسام
الضرسية وذلك الميزاب يحتوى على كتلة من الاجربة غير متداخلة فى بعضها
لكنها مجتمعة فى محل ضيق بحيث يظهر انها كتلة وحيدة متضاعفة ثم من
الشهر الرابع الى الخامس تكون تلك الفصوص التى هى الاجربة السنية

اكثر تميزا عن بعضها فبدل ان تتراكم على بعضها يتكون منها هيئة عنقود مستطيل مركب فى العادة من ثمانية اجربة متميزة وكلها متجاورة بحيث يمكن رفعها كلها من ميزاب عظم الفك واذا لم براع فى فصلها وتشريحها زيادة الانتباه ربما ازيل معها ايضا الشريان السنى والعصب السنى اللذان هما كالاعناق لها فاذا بحث حينئذ فى التجويف السنخى العام شوهد انه يوجد على جداريه الجانبيين نتوات صغيرة عمودية تحاذى الشقوق الخفيفة الفاصلة للاجربة التى لا يشك فى التصاقها او مجاوراتها فانه يمكن رفعها كلها ولا يتأتى فصلها عن بعضها الا باتلاف التصاقاتها وكلما قرب الطفل لزمن الولادة كان ظهور الحواجز السنخية فيما بينها اكثر ثم ان هذه النتوات التى ذكرناها تجتمع ببعضها وتنضم وتختلط فتتكون منها بقدر ذلك جملة اقواس اى حواجز مستعرضة خلاياها المتوسطة بينها هى الاسناخ ومما ينبغى التنبيه عليه هو ان جميع الاجربة السنية فى الاصل كان شكلها قريبا للكرية اما عند تكون الاسناخ فانه يزول اتصالها ببعضها الان الصفائح العظمية المذكورة اعنى الحواجز تفصلها الى اجربة صغيرة منفصلة عن بعضها تتعلق بعمق الميزاب الفكى بواسطة خيط عصبى وفرع شريانى وكل من تلك الاجربة يتشكل بشكل الخزنة اى السنخ الحاوى له ويكابد التأثير الذى يطبعه فيه

وفى زمن الولادة يوجد غالبا فى عظمى الفك ولاسيما السفلى خمسة حواجز متميزة فالاولان منها مفرطحان من الجانبين وهما معدان لقبول القاطعين الاولين والثالث اضيق منهما ويكون غالبا منحرفا من الاسفل الى الاعلى ومن الخلف الى الامام ويوجد محصورا بين الاولين والرابع الذى يسكن فيه الناب والخامس منها اعرض واكثر استدارة وهو سنخ الضرس الاول وحاجز هذا السنخ اى المقابل للحاجز الذى يفصله عن الناب يوجد فى الزمن المذكور اى زمن الولادة فى وسط المسافة المحصورة بين ارتفاق الفك السفلى والنتو المنقارى اى الشبيه بمنقار الغراب بحيث ان التجويف الخامس السنخى فى المولودين جديدا يمتد من ذلك الجزء المتوسط الى ما بعد هذا النتو اعنى فى معظم نصف

المسافة

المسافة المحصورة بين الثنو المنقارى وارتفاق الفك وذلك التجويف الخامس هو الباقى من الميزاب السنى الذى شوهد فى مركزه سابقا الاصول الحاجزية التى قسمته الى قسمين لاجل الضرس الثانى والثالث ويشاهد ان الشريان والعصب السنيين يسبحان فى عمق الاسناخ الجديدة التكون الغير التام ويتجهان خصوصا نحو الجزء الباطن للفم ويجهزان فريعات صغيرة للجراثيم الاسنان وماقلناه فى تكون الاسناخ السنية يشاهد بالاكثر فى الفك السفلى ويحصل مثل ذلك ايضا فى الفك العلوى غيران ميزابه السنى من حيث انه اكثر ضيقا واقل طولا تتكون اسناخه بكيفية اقل انتظاما وتميزا وان كان السير واحدا كما فى السفلى ويحصل مثل ذلك فى تعظم الفكين ولنبحث على مايحصل فى الجراثيم المحوية فيهما

فكل جراب كما قلنا يوجد متعزلا فى سنخه ويمكن حينئذ تمييز الجراثيم المتركب منها تمييزا واضحا وان كان هناك بعض عسر فى مشاهدة ذلك فعند مايكون الميزاب وحيدا يوجد مغشى من الباطن بغشاء رقيق جدا يلتصق مع ذلك ايضا بالكتلة الجرابية وكلما حصلت الانفصالات السنخية انقسم ذلك الغشاء نفسه ايضا ويتكون منه حالة كونه ملتصقا بالوجه الباطن للاسناخ مايسمى بالسمحاق السنخى ثم ان الجراب اى الجرثوم مركب من غشاءين يعسر مشاهدتهما يقينا لكن شاهدهما وشرحهما هنتير وبيشا ومكيل وغيرهم فقد قال مكيل يوجد بين هذين الغشاءين سائل فاصل لهما عن بعضهما ويزيد قدره كلما كان الطفل اقل تقدما فى السن ويقبلان اوعية يسهل ان تشاهد فى بعض الاحوال فريعاتها فى ظاهر الجراب قال بليار وقد وضح مكيل جيدا هذين الغشاءين وتيسر لى تحقيق ذلك باسهل وجه على الجثث وعبارته الوريقة الظاهرة اكثر استرخاء ولينا واسفنجية من الباطنة وتشاهد مع غاية التمييز متصلة باللثة ولذلك يسهل فى الطفل وسيما فى الازمنة الاول من الحمل ان يفصل من الاسناخ الجهاز السنى كله المتعلق باللثة واما الوريقة الباطنة فهى امتن ولكن ارق من الظاهرة وربما ثبت انه يتكون منها كيس مستقل متميز عن

الظاهرة واللثة ومجاوراتها بالاسنان اقوى من الوريقة الظاهرة لانها
هى العضو المكون لها حقيقة والعروق السنية تنتشر فيها انتشارا واضحا
واذا صح الحقن ظهرت حمراء انتهى

وهذا الكيس المزدوج لا يحتوى فى الاصل الا على سائل محمر اومصفر ثم تنمو
فى مركزه نقطة تأخذ فى زيادة القوام شيأ فشيأ وتكون كما قيل محاطة نفسها
بغشاء رقيق ويقوم منها جرثومة الاسنان وكلما زاد تمييز الجراب واخذ السمخ
فى الاحتواء عليه زاد ظهور الجرثومة نفسها وتتوافق مع الخزانة الحاوية لها
وتبتدأ فى ان تكتسى شكل السن الذى يخلفها ثم نحو الشهر الخامس تقريبا
يظهر فى الجزء العلوى من جرثومة الاسنان القواطع نقطتان اوثلاث يابسة
محمرة موضوعة على الجانب غالبا بل دائما وهذه النقط لم تلبث قليلا حتى
تنضم ويتكون منها شبه تفرع مزدوج يوجد فى الاسنان القواطع احيانا
اثارها فى الازمنة الاول من خروجها ثم فيما بعد تظهر نقطة مثلها فى قمة
جراب الناب وجملة نقط على جراب الضرس الاول

ثم ان هذه النقط الاصلية المتيبسة يتبعها سريعا قشور صغيرة وحيدة لاجل
الاسنان القواطع والانياب ومتضاعفة متميزة عن بعضها لاجل الضرس
الاول وتلك القشور يكون اولا قوامها عظميا فتكسو اللب محيطة به شيأ
فشيأ كلما اعظمت وتلتصق به التصاقا متينا فمن الواضح انها ناتجة من نوع افراز
يحصل على سطح الجرثومة السنية ثم ياخذ هذا التعظم فى التقدم من الاعلى
الى الاسفل فاذا اكتسب الشكل الذى يحصل فيما بعد لاكليل السن حصل فيه
انخفاض اوعنق مستدير يستطيل من اسفله ليتكون منه الجذر فقد ظهر لنا
الى الآن ان التعظم يحصل على الوجه الظاهر للجرثومة فيكون حصوله من
الباطن الى الخارج بحيث ان هذه القلنسوة العظمية تحتوى فى تجويفها
على اللب اى الجرثومة وتوجد محاطة بالغشاء المزدوج الذى يقوم منه جدار
الجراب السنى والوريقة الباطنة من هذا الغشاء المزدوج الموضوعة مباشرة
على نقطة تعظم السن تفرز على رأى معظم المشرحين الطلاء العاجى للسن

قال بليار فظاهرات تعظم الفك وظاهرات نمو الاسنان تحصل مع بعضها مدة اقامة الجنين فى رحم امه فيظهر لى ان هيئة الاسنان واشكالها وتقدماتها فى هذا الزمن مطيعة لنمو العظام الفكية وللتغيرات التى تعرض فى الميازيب السنية وتلك الدعوى مستندة على امر واقعى معروف وهو ان الاسناخ مكونة تكوينا متميزا فى الفك السفلى اكثر منه فى الفك العلوى وايضا انما تنمو الاسنان الاول بالاكثر على الفك السفلى وتظهر خارجة من اللثة فى زمن التسنين الاول

فعلمنا الآن ان الاسنان لم تحتج الا الى انفصالها عن بعضها ووجودها منعزلة ونمو الاسناخ هو الذى وضعها فى الاحوال المناسبة لها فى ذلك ولنشرع الآن فى معرفة كيفية خروجها من الفك وثقبها اللثة وبروزها فى الفم فنقول عندنا فى التسنين نوعان من الآراء فذهب سير الى ان هناك قوة خارجية كدفة السفينة تجذب السن وتوصله حتى يخرج من اللثة وبعض المشرحين جعل السبب نمو الاسنان قال بليار لم اعرف معنى ماذكره سير ولا وظائف هذه الدفة المذكورة وانما عندى يقين ان خروج الاسنان ناشئ من نموها ونمو عظم الفك معا فاذن يكون ظاهرة ميخانكية من العبث التفتيش عليها ببيانات عقلية مع ان المشاهدة التشريحية الخالصة البسيطة تثبتها لنا اثباتا ظاهرا

وذلك ان الجراثيم السنية فى وقت الولادة يوجد فيها فقط تعظم وكلها ماعدا الناب تقرب لان تكون موضوعة على خط واحد ولا يجاوز الحافة العظمية للميزاب السنى والطرف السفلى للجرثومة لم يحصل فيه تعظم الى الآن بل يبقى رخوا اشفافا ويظهر كأن القلنسوة العظمية ممسوكة فى الجزء العلوى من الميزاب بالتصاقها بزائدة من السمحاق السنخى الذى يغشى الحافة السفلى من اللثة وتلك اللثة التى منسوجها متين صلب جامد كانه غضروف يوجد فيها فى المحل الذى يكون فيما بعد مشغولا بالاسنان حافة اى حرف حارس تتم وظائفها من الآن قبل خروج الاسنان واحيانا يوجد فى هذه الحافة اللثوية

نتوات وانخفاضات مشابهة للاسنان وللانخفاضات الفاصلة لها فقد
شاهدت فى مولود هذه النتوات واضحة جدا بحيث تشبه شكل الاسنان
القواطع والاضراس حتى قيل ان مع هذا الطفل اسنانا حية
ومنسوج اللثة بعد الولادة يفقد قوامه شيأ فشيأ فيصير رخوا وينفرش ببطئ
على القوس السنخى بحيث تتبدل حافته الهارسة التى توجد فى الايام الاول
من الولادة بسطح قليل الانضغاط لا يستدير الا اذا استولى عليه الانتفاخ
الالتهابى فلا تميز فيه الثقوب المسامية اى الفتحات التى ستمر منها الاسنان
فاذا اكتسب عنق السن شكلا تاما زاد طول اصله وتعمق فى السنخ وكلما تقدم
عظم الفك فى التعظم كان كانه يرتفع نحو اصل السن حتى لا يرى بين السن وعمق
خزانته الا مسافة صغيرة مشغولة باللب المدفوع الى الاسفل وجزء منه ساكن
فى التجويف السنى وسنخا السنين القاطعين لا يكونان على مسطح واحد اذا بحث
فيهما بعد الولادة بزمن تما وفى الشهر الرابع يكون هذا الفرق محسوسا فعظم
الفك السفلى يحصل منه فى محاذاة الخط المتوسط تقدم سريع فى الارتفاع
والسمك ويظهر كانه ارتفع معه القاطع الاول الذى ينغمس شيأ فشيأ فى اللثة
فيبعد اجزاءها ببطئ حتى يمكن فيها ثم فى السابع او الثامن او التاسع
يظهر القاطعان الاولان الى خارج اللثة والقاطع الثانى يظهر بعد الاول لان
عمق سنخه من حيث انه اخفض بخط او خط ونصف عن سنخ العلوى يحتاج
لانتظام محاذاته ان يجتاز طريقا اطول منه قال بليارو عندى تجاه عينى
اربعة اعظم فكية سفلية من اطفال ماتوا زمن ظهور القواطع الاول ولم تظهر
فيهم القواطع الثوانى واذا قيس طول هذه الاسنان القواطع الاربعة وجدت
متحدة تقريبا والفرق بينها يسير وكلها متساوية فى درجة التعظم وانما تعجل
ظهور القواطع الاول لان تعظم الفك سبب سرعة ارتفاع السنخ بحيث صار
الفرق عن محاذاة اندغامها خط ويمكن ان يقال لاجل التقابل ان عمق
هذين السنخين اى سنخ القاطع الاول والثانى يوجد فيهما مثل هذا الفرق
والانياب لا تظهر بعد ذلك حالا لانها من حيث انها منغرسة اعمق من غيرها

ويوجد

وتوجد منبدمجة وموضوعة بانحراف فى اسناخها الضيقة المنضغطة تحتاج لكبر القوس السنى قليلا واتمام تعظم الفك حتى تجد فى عمق اسناخها الضيقة نقطة الارتكاز اللازمة لتقدمها من الاسفل الى الاعلى فاذا كانت الاضراس الاول هى التى يتعجل ابتداء تعظمها وهى فى الغالب اكثر سطحية من الانياب ولذلك تظهر قبلها فتتبع القواطع الثوانى وبعد ذلك تأتى الانياب ليتم بها عدد الاسنان التى يتسلح بها الفك فى السنة الاولى من حياة الطفل والغالب ان التسنين يبتدأ من الشهر السابع الى سنة ووراء ذلك اختلافات كثيرة

فينتج من هذه الاعتبارات المبنية على اتقان المشاهدات اولا ان الاسنان ناتجة من الافراز كما ثبت ذلك من مدة طويلة العالم الشهير كوفيير وثانيا ان نموها يتبع بالانتظام تقدمات تعظم الفك وثالثا ان ظهورها الى خارج اللثة ينتج من جهة من نموها ومن جهة اخرى من زيادة تعظم وكبر الاسناخ والقوس السنى ورابعا ان سبب الظهور المتتابع للسن الاول القاطع ثم الثانى ثم الضرس الاول ثم الناب يكون بالكلية ميخانيكيا وهو اختلاف سرعة تكون الاسناخ المخصوص كل منها بسن مخصوص وحالة تعمقها الذى بحسبه تدغم هذه الاسنان فى عظم الفك هذا هو رأينا فى نمو الاسنان فعلى مقتضى ما ذكر لا نحتاج للفرض الذى فرضه الطبيب سيراعنى وجود قوة خارجة تهدى السن للخروج على ان هذا الطبيب قال ايضا ان تحقيق وجود ذلك صعب فى التسنين الاول وسهل جدا فى التسنين الثانى وذكر سير ان الاجربة اى الجرائيم التى فى سمك اللثة معدة لتندية الاجزاء التى يلزم ان يتغذ منها السن واما مكيل فاعتبرها تكونا جديدا عرضا من التهيج الذى تسببه الاسنان المهيئة للخروج ويقرب للعقل ان طبيعتها لا تختلف عن طبيعة الخراجات قال بليار والظاهر عندى ان هذه الاجربة التى هى نقط من سائل مصفر فيه بعض تجمد تتكون بالكيفية الآتية وذلك ان السائل الذى لم يزل باقيا فى اصل السن وليس هو الابقية السائل الذى يحتوى عليه الكيس السنى قبل التعظم يندفع فى مدة نمو السن وضغطه من جميع الجهات على الاجزاء الرخوة والسائل المحتوى عليها

السنخ ويأتى حتى يسكن اما على الاجزآء الجانبية اوفى قمة السن فى الطواحين التى يوجد فى اكليلها نتوات وانخفاضات يجىء هذا السائل عادة ويسكن فى هذه التقاعير على شكل نقط صغيرة مستديرة بدون انتظام وفيها بعض سائلية فاذا قلعت اللثة من جثة طفل عمره من تسعة اشهر الى سنة شوهدت احيانا هذه الاجسام الصغيرة المصفرة وكثيرا ما يشاهد مع ذلك فى الاجزآء الجانبية للسنخ منبع كمية قليلة من سائل لزج يظهر انه خرج من التمزق الذى حصل فى الكيس المحتوى على جرثومة السن بحيث يقرب للعقل ان الكتل الصغيرة ذوات المنظر الجرابى التى ذكرها سير ليست اجربة ولا اخراجات وانما هى نتيجة انصباب من السائل الكثير المحوى فى اغشية الجرثومة مع ان هذا السائل المنصب قد يعين ايضا على تندية الاجزآء الرخوة المحيطة بالسن فكانه يتم الوظيفة التى ذكرها سير لهذه الاجربة التى زعم وجودها

وبمقتضى ما اعتبرناه فى نمو الاسنان كما قلنا من المناسبة بينها وبين تقدم تعظم الفكين وتكون الاسناخ يمكن ان توضح جميع ظاهرات ظهور الاسنان بدون ان يحتاج لافتراضات ولا بيانات ثم فى هذا المبحث مقالتان

المقالة الاولى

فى الظاهرات الاعتيادية للتسنين

وفيها مطلبان

المطلب الاول

فى الظاهرات الاعتيادية للتسنين الاول

التسنين من حيث انه وظيفة اعتيادية طبيعية يمكن ان يحصل بدون حصول عوارض اصلا ما عدا زيادة افراز اللعاب وربما لم يحصل للطفل تكدر فى الصحة اصلا والظاهرات التى يغلب حصولها للتسنين الاول تبتدأ من وسط السنة اوفوق ذلك الى نهايتها غالبا وقد لا تبدأ الا فيما بعد ذلك فيشاهد ان الحافة السنخية للفك تسمك وتنقسم الى حدبات تختلف فى البروز والطفل عند ذلك يفقد نومه ويضطرب ويتشكى ويتألم لكونه يذهب باصابعه الى فمه ويكثر منه

سيلان اللعاب ويعض على الاجسام التى تقدم له ويشفى غليله اذا حك باصابعه اللثة المنتفخة لكن قد لا يدل هذا على حصول الم فى اللثة اذ كيف يتصور ان كبس اللثة الملتهبة على الاصبع التى تعضها يسكن المها مع ان المعهود العكس وايضا لو جعلنا الامر المحرض من احتياج الطفل لتخفيف اكلان اللثة هو السرعة والمبادرة لعض ما يوضع فى فمه لكان اولى وهل لا كان احسن من ذلك ان يعد هذا ابتداء لممارسة العمل الذى هو وظيفة الفك من حيث انه اكتسب درجة جديدة فى النمو وعن ما قريب ينمو عليه جهاز المضغ وعلى كل حال قد يمتد الاكلان المؤلم الى الاجزاء المجاورة للثة فيشاهد ان الطفل كثيرا ما يحك شفتيه وخياشيمه وزاوية عينيه ويحرك رأسه على الوسادة باهتزاز جانبى متكرر كثيرا خصوصا اذا كان المجلس الرئيس للالم فى الفك العلوى وتلك الحالة قد تمكث جملة اسابيع بل اشهرا فان الاندفاع قد لا يكون قربه تابعا لكبر اللثة فكما ان هنالك اطفالا تظهر اسنانهم حالا بدون الم يوجد ايضا اطفال تطول مدة هذا الاندفاع فيهم مع انه كان يظن قبل حصوله انه قريب الوقوع ويمكن ان يحكم بان هذه الغاية لم تزل بعيدة مهما كان حجم الحافة السنخية مادام متسلطنا على سطحها الخط البارز اى الحافة الحادة التى تكون فى الازمنة الاول من حياة الطفل فاذا انمحت هذه الحافة احمرت اللثة واسترخت وصارت كثيرة الحساسية من ادنى لمس وكثر التلعب ما لم تكن الحمى شديدة فانها تقطعه ثم بعد ذلك بيسير تظهر نقطة تصير مبيضة ثم غلالة تغشى طرف السن ثم تنثقب تلك الغلالة كما يحصل فى التقرح فيخرج منها سن اوزاوية من عظم صغير يبرز ويظهر ايضا انه محاط بحوية تجاوز محاذاته ثم بعد تمام هذا العمل قد يتفق كثيرا ان يحصل بقية اندفاع السن بسرعة فيخرج الاكليل كله فى يومين او ثلاثة واحيانا يلزم لذلك زمن طويل خصوصا اذا كان السن كثير الحروف اى النتوات كالاضراس الكبار لان كل نقطة اى نتوحينئذ يثقب اللثة وحده غالبا ولا يتم الاندفاع الا بعد انضمام هذه الفوهات المنعزلة وجميع العوارض السمباتوية تزول او تخف كثيرا بعد الانثقاب الاول

والانتظام الذي بحسبه تخرج الاسنان يختلف كثيرا والغالب هو ما سنذكره وذلك ان من الشهر السادس الى سنتين ونصف تظهر الاسنان لكن بخلل مختلفة فتظهر اولا القاطعان المتوسطان من الفك السفلى لكن يتخلل بينهما اسبوعان او ثلاثة ثم القاطعان العلويان المحاذيان لهما بعد الاولين ببعض اسابيع ثم القاطعان الجانبيان من الفك السفلى ويتبعهما مقابلاهما من الفك العلوى ويصح ان يميز التسنين الاول الى زمنين احدهما للاسنان الاول الثمانية والثانى للانياب والاضراس وبين هذين الزمنين عادة سكون يختلف طوله ثم من الشهر الخامس عشر تقريبا تخرج الانياب الاربعة ويبتدأ منها ما فى الفك السفلى واحيانا تخرج الاربعة الاول من الاضراس الصغيرة قبل الانياب بل جزم سيران اندفاع الانياب يكون دائما بعد الاضراس الصغيرة ببعض اشهر ويقال تبعا لبقراط ان خروج الانياب اكثر ايلاما وخطرا للاطفال من غيرها من الاسنان وخروج الاربعة الاواخر من الطواحين الصغيرة يحصل فى الشهر الثامن عشر او التاسع عشر الى اربع وعشرين او ثمان وعشرين وهذه الاسنان العشرون تسمى اسنان اللبن وقد يكون انتظامها فى الخروج غير ذلك فقد تخرج الاضراس اولا وقد تخرج الاسنان كلها معا وكلما كثر عدد الخارج كان الخوف من اعراضه اكثر وبالجملة فاول ما يخرج القاطعان المتوسطان ثم الجانبيان ثم الطواحين الاول ثم الانياب ثم الطواحين الثوانى واسنان الفك السفلى تسبق فى الظهور غالبا اسنان الفك العلوى ويزاد على هذه العشرين سنا نحو السنة الخامسة الاربعة الاول من الطواحين الكبيرة فكانها تشغل المسافة المتوسطة بين التسنين الاول والثانى لانها تبقى كالاسنان التى تتبعها ولا تتقلع

المطلب الثانى
فى الظاهرات الاعتيادية للتسنين الثانى

انما تتحرك الاسنان القواطع فى السنة السابعة غالبا وتنفصل او تتقلع من ادنى فعل ويعقبها حالا اسنان اعرض واقوى منها وخصوصا من الاعلى فتجديد الاسنان العشرين للتسنين الاول يحصل كحصوله فى اندفاعها لكن ببطئ

وعدم انتظام ولا يظهر السن الطاحونى الغليظ الابعد هذا التجديد اعنى نحو السنة الحادية عشر او الثانية عشر لان مدة تجديد الاسنان العشرين يكون من خمس سنين الى ست واما السن الثالث الطاحونى فلا يظهر غالبا الا فى سن احدى وعشرين اواثنين وعشرين ولذلك يسمى بضرس العقل وقد يتأخر ظهوره عن ذلك ايضا بل لا يندر عدم ظهوره رأسا والاعراض التى ذكرناها فى التسنين الاول لا توجد فى هذا التجديد الثانى والاسنان الجديدة تظهر بعد سقوط الاسنان الاول حالا ويحصل نظير ذلك لكن بدرجة زآئدة الضعف فى الغالب عند اندفاع النواجذ اى الاسنان الغليظة فيحصل انتفاخ واحمرار فى اللثة فى المحل الذى يلزم ان تثقبه تلك الاضراس فتصير حركات الفك عسرة مؤلمة وتحتقن النكفتان ويكثر افراز اللعاب ولكن هذه الاعراض كلها اقل خطرا من اعراض التسنين الاول

المقالة الثانية

فى الظاهرات المرضية للتسنين

وفيها مطلبان

المطلب الاول

فى الظاهرات المرضية للتسنين الاول

لاشك انهم قد يبالغون احيانا فى تأثير التسنين على صحة الاطفال الصغار فى السن ومنهم من شذ جدا وجعل هذه الوظيفة الشاقة عديمة الضرر بالكلية ونحن نجزم بانها سبب محدث وحالة يحكم منها بمرض لازم الحصول غير انها انما تؤثر كسبب ذاتى او تابعى او تضاعف مع يستدعى انتباه الاطباء والتكدر الذى ينتج منه قد يحصل فى جميع الجسم او اقله فى جميع سعة المجاميع الرئيسة التى تنتشر فى جميع اعضاء التغذية والحياة وهى العروق والاعصاب وقد تقصر نتائجه على جهاز او عضو وعلى هذا الاعتبار نسلك الانتظام الذى سنتبعه فى ذكر المتعبات التى قد يسببها التسنين الاول ثم ان تلك الاعراض اما موضعية او سمباتوية اى اشتراكية فالاولى هى التى تظهر فى الفم والاجزآء المحيطة به

والثانية هي التي تصيب اجزاء بعيدة عن ذلك بل تصيب الجسم كله وتلك الاعراض وان كانت تأتي في اماكنها الا ان من اللازم ذكرها هنا مختصرة ليقف الطالب بمجرد النظر في مبحث التسنين على ما يحصل منه في البنية حتى يبادر بعلاجه حالا

فاولا الحمى المستدامة اى المطبقة * ويسهل معرفتها بالحرارة المحرقة وجفاف الجلد واحمرار الفم وحرارته وانقطاع اللعاب وضعف القوى والسبات وقوة النبض وسرعته وهذه الحمى من لوازم التسنين الاول الشاق غالبا الا انها خفيفة قصيرة المدة واذا كان الطفل مفطوما يكون عدم الشهية عرضا لازما والعطش يوجد غالبا وينسب للحمى ايضا ملامسة البول الحريف والغائط السائل كما ينسب لها ايضا الاندفاعات الجلدية الغير الاعتيادية والصفائح المحمرة والارتيما الحلمية كالاسترفولوس الذى يسمى بنار الاطفال ويشاهد بالاكثر على الاليتين واعضاء التناسل والفخذين وهذه الحمى في الاحوال الثقيلة تكتسب صفات الحميات النزلية المغمة للبالغين فيشاهد حينئذ ظهور اعراض تهيج في جميع الاغشية المخاطية كلها لكن لا يكون بدرجة واحدة في الجميع وقد يشاهد ايضا عروض انخرام في الجسم كاهتزاز الاوتار والحركات التشنجية والسبات العميق ونحو ذلك وعدم الحركة ثم الموت

وتلك الظاهرات المهولة سواء الموضعية والعامة بل والسمباتوية الخاصة تنقطع غالبا في لحظة واحدة وان كانت في اعلى درجة من الشدة متى خرجت الاسنان من اللثة الماسكة لها في عمق السنخ ولذلك كانت معالجتها بسيطة واصول العلاج هي استعمال ما يرخى اللثة ويرطبها ويلطفها وذلك بالمرخيات واللعابيات ومضادات الالتهاب وتبعيد ملامسة الاجسام اليابسة الخشنة وجرح اللثة بالشق اذا حصل منها زيادة مقاومة وهذه العملية الصغيرة وان نجحت كثيرا مع دوجيس الا انها قد لا تنجح قال فقد اتفق لي مرتين اني رأيت السن برز في اليوم التالي للعملية وكانت تلك العملية تامة من شق صليبي فحسنت الحالة المرضية بذلك غير ان الداء انقطع لحظة ثم عاد ودام على سيره

وتقدمه حتى انتهى انتهاء محزنا وقد شاهدت ايضا شقا فعل قبل اوانه ثم افسد
بدون منفعة للطفل فيمكن ان يقال كما قال جرسان ان الاسنان اذا تعرت بمثل
تلك العملية يكون اندفاعها ابطأ من غيرها ويظهر ايضا ان هذه العملية تعين
على ظهور تسوس الاسنان امامن مسها بسن الآلة اومن كشفها للهواء قبل
تمام نضج طلائها الذا صح ان يقال مثل تلك العبارة فاذن لا ينبغي الجزم على
الاطلاق بفعل هذه العملية وانما يلزم قبل الشروع فيها ان يتأكد قرب زمن
الاندفاع بالعلامات التي ذكرناها قريبا ولزوم تحريضه ايضا قال ونزيتن
لا ينبغي شق اللثة الا اذا ظهر ارتفاعها بسبب السن الدافع لها امامه وكانت
يابسة حمراء كثيرة الايلام لان السن اذا كان موضوعا في العمق لم يبرز من
الشق حالا فيلتحم ذلك الشق وذلك الالتحام يكون اصلب من المنسوج
الخاص باللثة فيحصل منه فيما بعد مقاومة عظيمة ولا يحصل من ذلك شرف
للطبيب الفاعل ذلك ولقد رأيت من ذلك حالة لم يخرج السن فيها الا بعد الشق
بثمانية اشهر ويلزم ان يخاف من تحول شق اللثة لاجل اخراج السن الى قرحة
توجد فيها صفة التقرح القلاعي اوالغنغريني فينتج من ذلك التهاب في عسر
الشفاء اوكثير الايلام انتهى

واوصى بعضهم بان يوضع في فم الطفل المرخيات واللعابيات لتسكين التهيج وذكر
في المستحضرات مخلوطا من زبدة اللبن وبياض البيض وشراب البنفسج ويصح
تصيير هذا المخلوط اكثر سائلية بان يمد بكمية من ماء الورد وتوضع هذه
المضمضة في الفم بقلم رسم من تفتيك وهذه جيدة في علاج الالتهاب اللثوي
الحاد ويصح ان تستعمل مع النجاح جذور الخطمية المبتلة من الشراب
والسكر فتعطى للطفل ليمضغها ومثل ذلك ايضا عرق السوس اوقشفة خبز
اوغير ذلك من الاجسام القليلة القوام فان ذلك يكفي اذا كان هنالك احمرار
وانتفاخ في اللثة فاذا كان معه احتقان في الرأس يخاف من نتائجه
قال ونزيتن يلزم ان يوضع كما قال بعضهم علقة خلف كل زاوية من الفك مع
مراعاة حالة التهيج الشديد في الفم ويمنع عن الطفل المشروبات والاغذية الحارة

جداويلزم ان تغذى مرضعته باغذية لطيفة وتستعمل مشروبات مرخية ولاتستعمل زمن التسنين نبيذا ولاسائلات روحية واما استعمال الاجسام الصلبة ووضعها بين الاسنان لاجل المضغ فلم يمنعه وتزيتن لكن ذكر غرديان انه قليل المعقولية وان ذكر بعضهم انها تشغل الطفل عن الم اللثة وتساعد الطبيعة التى تجعل عند الطفل شهية كونه يحمل الى فمه جميع ما قدم له لكن ذلك كله غير مقبول ومعارض بما لا حاجة للاطالة به ولا ينبغى ايضا اهمال الوسائط العامة مع ان الاقتصاد اى الامتناع من الاغذية الصلبة وسيما الجواهر الحيوانية يكون فى الغالب قهريا بسبب عدم شهية الطفل وتغير طعمه من جميع الجواهر غير السائلة بل ومن هذه اذا لم يكن من الحزم تعاطى الطفل لها اويعطى له اللبن وماء الخبز ومغلى الشعير المقشور وحريرة الارز والخبز والدقيق الممدود بالماء كثيرا بحيث يكون فى آن واحد غذاء ومشروبا وهذا الاخير يستعمل بالاكثر فى الاقاليم الحارة والفصول المحرقة والاستحمامات الفاترة والكمادات العامة والمرخيات نافعة جدا وتكون لازمة الاستعمال اذا كانت الاعراض شديدة بل كثيرا ما يلزم ايضا منع الاغذية والاقتصار على مغلى زهر الخبازا وورق الخس وحشيشة الزجاج الخضراء ونحو ذلك واما الحقن البسيطة اوالمرخية بل والمسهلة فلا ينبغى اهمالها الا اذا كان البطن مطلوقا جدا لان اطلاق البطن حالة نافعة فى مثل تلك الحالة بل يلزم الاجتهاد فى اثالة ذلك بدهن اللوز الحلو وشراب الورد الكالح وشبه ذلك اذا لم تكف الحقن واما الحراريق التى استعملها هنا كثير من الاطباء فلا تناسب الا اذا كان انحطاط القوى واضحا فاقل ما يكون حينئذ انها اذا كانت غير قوية الفعل لاتكون مضرة كما اذا استعملت فى دور اقل تقدما ويقال مثل ذلك فى المقويات والمنبهات كمستحضرات الكينا ونحوها من الباطن واما اللزق الخردلية فقليلة الخطر وتناسب كمامات القدم المهيجة فى الازمنة الاقل تأخرا اذا كان هنالك ميل للانخرام وعدم الانتظام فاذا كان السبات العميق واضحا كما يشاهد كثيرا فى الاطفال الكبار الرؤس والمهددين او المصابين بالاستسقاء المخى ينبغى

المبادرة

المبادرة بالكمادات المرخية الفاترة او الباردة على الرأس بل وبالاستفراغات الدموية ولانطيل الكلام فى تلك الاعراض السمباتوية لانها ستذكر فى الامراض المسببة لها

وثانيا الحمى الضالة اى الغير الدائمة * فاذا ظهرت العوارض الحمية فى اول الافعال التى يفعلها السن عند الخروج ليقهر بها الموانع كان من النادر ان تدوم على سيرها وانما قد تشاهد فيها فترات يومية فيها بعض انتظام بحيث لاتشتبه بالحمى المتقطعة الذاتية والغالب ان لايشاهد هذا النوع المرضى الافى خروج الطواحين ففى المساء اى بعد الزوال يعرض للطفل عبوس ثم نوبة حمى بدون قشعريرة اصلية وتأخذ شدة الحمى فى القوة حتى تصل الى حد لطيف فى العادة ويكفى لتوضيح التشخيص احمرار الخدين او خد واحد فقط والتلعب وغير ذلك ويكون ذلك مرشدا لعلاج الاعراض الرئيسة وتدبير الغذاء هنا يكون لازما حتى قال دوجيس قد التزمت مرة ان ارد طفلا مفطوما من مدة اسابيع الى ثدي مرضعته ثانيا فبتلك الواسطة استغنى عن جميع الادوية ولم يتناول الاغذية الصلبة بلذة ومنفعة الابعد اندفاع الطواحين الثلاثة وبعد شهرين تقريبا من الحمى الضالة

وثالثا الانخرام فى الوظائف الهضمية * لانتكلم هنا على الانتفاخ والالتهاب فى اللثة فان محلها غير ما هنا ولاتستدعى شيأ مخصوصا وقد ذكر فى مبحث القلاع اعراض قد يحدثها التسنين وكذا اعراض اخر تذكر فى امراض الاسنان وانما نتكلم هنا على ظاهرات تحصل هنا كثيرا وهى القيء والاسهال

فالقيء لايكون هنا دائما علامة التهاب معدى وانما اقله انه يدل على زيادة تنبه شديد فى المعدة واذا نجح فى بعض الاحوال التى لم يوجد فيها حمى ولا حرارة فى الفم ولا احمرار فى اللسان ولا غير ذلك استعمال الجواهر المرة كشراب الكينا ونحوه لم يكن الامر كذلك فى عكسه فالحمية لازمة والاغذية الصلبة لاتنهضم بل اذا انقذفت السائلات ايضا لزم تقليل كميتها وزيادة حلها ويكثر من شربها لكن قليلا قليلا ويعطى ايضا مشروبات دقيقية ومستحلبية وصمغية ولبنية لكن

تكون قليلة التحول للجواهر نهاية ما يكون ان تعطر بماء زهر البرتقان والزيزفون وغير ذلك

والاسهال اللطيف يفيد استفراغا نافعا والعامة تعرف ذلك لكن اذا وصل لدرجة عالية بحيث صارت الاغذية والمشروبات تمر بدون تغير من احد طرفى القناة الهضمية الى الآخر او كانت المواد المندفعة كثيرة زائدة السيولة او خضراء او مصلية او انضم لكثرة المواد الخارجة بالاسهال قىء لم يلبث الطفل قليلا حتى يضعف وربما مات سريعا اذا لم يوقف هذا التضاعف المغم الذى قال دوجيس فى حقه كثيرا ما شاهدته فى الاطفال المفطومين اكثر من الرضع واكثر انواع الاسهال حصولا هو الاسهال المصلى الذى يكون شبيها بالماء المتكدر قليلا بل قد تكون مواده صافية بالكلية فذلك هو ما يكون عرضا للتسنين وبطن الطفل فيه يبقى هابطا مسترخيا غير مؤلم مع كثرة الاسهال وتكراره وربما صحبه العطش وهو لا يستدعى غالبا الا قليل ادوية وانما يستدعى كثيرا انتباها لان ايقافه ربما كان خطرا وذلك لان سير التسنين اذا كان مؤلما يهيج بالاشتراك المخ او القناة الهضمية فى اغلب الاطفال ويعرض تشنجات او اسهالات اخر فاذا لم يؤثر على هذه الاعضاء اثر على غيرها ضرورة ان العضو المتألم يؤثر فى غيره ايضا فاذا اوقف دفعة واحدة الاسهال السمباتوى للتسنين خيف من ان يبدل بتهيج فى المخ وامهات الاطفال بالاوربا تعرف ذلك فلا يسعين فى قطع اسهالهم زمن التسنين وانما يقصرن المعالجة على تخفيفه بحيث يبقى متوسط الحال وذلك يكون بالمشروبات الصمغية والحقن المرخية الافيونية والتدبير الدقيق اللبنى ولا يعالج بقوة بالافصاد والحمية القاسية الا اذا اشتد وخيف منه على الطفل فيعالج حينئذ بالاستحمامات الفاترة والضمادات والكمادات على البطن وعلقة او علقتين حتى على هذا القسم ويبادر باستعمال ذلك اذا وجد فى البطن زيادة حرارة وحساسية وانتفاخ او كان هناك افراط فى الحمى او كان الطفل قويا اذ يقرب للعقل ان هناك التهابا معديا معويا وان كان فتح الرمة بعد هذه الاعراض لم يظهر منه احيانا الا احمرار مبهم قليل السعة فى الغشاء المخاطى

المعدى المعوى ثم ان المشروبات التى سبق ذكرها والحقن باللبن اومع البيض المحلول اوالدقيق والغرويات واحيانا مع قليل من دياسقورديوم عند عدم وجود حمى اومع مطبوخ رؤس الخشخاش تستعمل على حسب شدة الاعراض كمساعد اوتابعة للوسائط القوية التى ذكرناها

ورابعا تكدرات فى المجموع المخى * اول درجة من ذلك هو السهر فاذا لم يكن هذا العرض نتيجة بعض آفات ثقيلة وانما كان ناشئا عن الالم صح ان يعالج مباشرة بماء الخس اوعصارته بكمية بعض قمحات وبشراب الخشخاش البرى فى الاقاليم الباردة والمعتدلة جدا اوبمطبوخ خفيف من رؤس الخشخاش محلى تحلية مناسبة ويعطى من ذلك ملعقة ملعقة من الملاعق الصغيرة حتى ينام فى كل ليلة سبع ساعات اوثمان

وكثيرا ما يحصل عن التسنين العسر الاكلبسيا التى اعراضها عبارة عن نوبة من الصرع وتسمى عند العامة بالقرينة وهى غير التشنجات والاهتزازات التشنجية والاضطراب المسبب عن الالم وتستدعى تلك الاكلبسيا علاجها المذكور فى بابها وان ندر اهلاكها ولنحل جميع ما يتعلق بهذا الداء من تشخيص واعراض وانذار وعلاج على مبحثه وانما نقول هنا ماذكره دوجيس من انه شاهد صيرورتها مهلكة وانه نتج عنها الفالج ونشأ عنها فيضان دم اومصل فى باطن المخ صار بورة لتجدد التشنجات وانتهى ذلك بعد زمن طويل بسكتة مهلكة فلذلك لا ينبغى قصر العلاج هنا على مضادات التشنج فان مسحوق جوتيت المسمى بالمسحوق المضاد للصرع والزيت الحيوانى لديبل واوكسيد الخارصينى والجندبادستر والوالريانا والكافور جميع ذلك ينجح فى الاطفال العصبيين اذا كانت النوب قصيرة ضعيفة ولم يكن هنالك علامة احتقان دموى ظاهر فى الرأس لكن لا يتفع ذلك اذا دل احمرار الوجه والعرق واتساع الحدقة والسبات العميق على انفعال شديد فى المخ وكانت النوب تدوم ساعة فاكثر فوضع العلق خلف الاذنين اوعلى الصدغين هنا انفع والحقن المسهلة والحمامات القدمية المهيجة واللزق الخردلية والحراريق لاتناسب الا اذا بقى السبات

العميق بعد النوبة وبعد تأثير الاستفراغات الدموية ومن التوابع النافعة حينئذ مضادات التشنج الخفيفة كشراب الفاوينا اى عود الصليب وماء النعناع والمليسا والزيزفون ونحو ذلك وقد اوصوا ايضا بالحراريق خلف الاذن للاطفال الذين هم موضوع لبعض اندفاعات قوباوية فى هذا القسم

وخامسا تكدرات فى اعضاء التنفس * لاشك انه قد يحصل سعال اما تشنجى اونزلى يتعب دآئما بعض الاطفال فى الايام الثلاثة او الاربعة التى تسبق اندفاع السن ويكون هذا السعال جافا قصيرا ويتكرر بنفزات منعزلة او نخعات قصيرة المدة ولا يكون نوباطويلة وقد يكون قويا بحيث يكدر النوم وكثيرا ما يستعصى على الادوية الصدرية واللعابية والمستحلبات وان كانت تخففه احيانا غير انه يزول بالكلية متى زال السبب المحدث له ويقال انه نيل النجاح فى مثل تلك الحالة بوضع دهان افيونى على الذراعين والعنق والصدر وقد يصحب السعال النزلى بعض علامات تدل على استعداد للدآء المسمى كروب فحينئذ يلزم وضع العلق على العنق فانه قوى الفعل فى ذلك

وسادسا شوهد كثيرا وسيما فى بلادنا لاجل التسنين ظهور رمد اما فى العين المحاذية لجهة السن النابت او فى العينين معا خصوصا فى اسنان الفك الاعلى وذكروا ان هذا الرمد يكون شديدا فى اندفاع الناب وهذا صحيح لان الظاهر ان الناب يحصل منه عوارض اكثر من غيره من الاسنان كما سبق ذلك عن بقراط ويقرب للعقل ان ذلك بسبب مسبوقيته بالقواطع والطواحين ووضعه بينهما فكل ناب يكابد من تلك الاسنان مقاومة ناشئة من مقارباتها السابقة وهذا الرمد لا يستدعى شيأ مخصوصا فانه يذهب بعد زمن يسير متى نفذ تاج السن من اللثة

المطلب الثانى

فى الظاهرات المرضية للتسنين الثانى

من المعلوم ان السن الذى يبتدأ فيه تجديد الاسنان الاول يكون كبحران للاطفال لحكماً ان الدور العظيم للنمو بعد الولادة ينقسم الى ثلاثة اجزآء متساوية

فالتسنين

فللتسنين الثانى ينتهى الاول وللبلوغ ينتهى الثانى وللرجولية ينتهى الثالث وكل من تلك الازمنة يعرض له آفات وتغيرات طبيعية فى البنية وفى الاخلاق الآدابية لكن التغيرات الطبيعية او المرضية التى يوصلها البنية سن سبع سنين لاتنسب لهذا التسنين فلا نذكر هنا الا الحميات التى يسمونها حميات النمو والاندفاعات وبعض الالتهابات فى الاغشية المخاطية والعقد اللينفاوية ونحو ذلك فاذا شوهد احيانا بعض نتائج موضعية او عمباوية اى اشتراكية شبيهة بما يعرض فى التسنين الاول لزم ان يراعى فيها من العلاج ماروعى فى الاخرى فتعالج بمثل الوسائط المذكورة هناك وقد بينا لك قريبا فى مبحث الظاهرات الاعتيادية للتسنين الثانى اسباب هذه العوارض وندرتها وانها لاتحصل غالبا الا فى ظهور الطواحين الكبيرة

المبحث الثالث

فى امراض التسنين واللثة

نسب الناس معظم امراض الاطفال لعمل التسنين لكن عدم مشاهدة امراض هذا السن الاول وقلة المعارف اليقينية التى عندنا فى هذا الفرع من الامراض هما اللذان ساعدا فى تقوية هذا الرأى حتى صار هذا الظن الآن عاما مقبولا عند جميع الناس كغيره من الظنون الموجودة فى الطب كذا قال جرسان وسيأتى لنا عن بليار سبب كثرة العوارض الاشتراكية فى زمن التسنين مع ان الاسنان ليست سببا لهذه الكثرة ولم لايقال ان تشنجات الاطفال الرضع التى يذكرون من زمن بقراط الى وقتنا هذا انها مسببة عن الاسنان ليست ناشئة عنها مباشرة وانما هى ناشئة فى الحقيقة من اسباب اخر واما العوارض الموضعية للتسنين فقد علمت ان منها الاكلان فى اللثة وانتفاخها واحمرارها يسيرا لكن هذا يكون فى الغالب برهيا وقد ذكرنا مايتعلق بذلك فارجع اليه قال بليار وقد شاهدنا من وقت الولادة الى الشهر الثامن او الى سنة ان الاسنان تنمو وترتفع من عمق السنخ حتى تخرج من سطح اللثة وفى تلك المدة يحصل نحو جرائيم الاسنان فيضان دموى عظيم يحدث احيانا فى الفكين واللثة احتقانا

بل التهابا اذا تقدم فيما بعد ربما سبب لين منسوج اللثة ويحصل من ذلك انزفة صغيرة وسلوخ وتقرحات عميقة كثيرا ما يعقبها تلف جرثومة الاسنان وهذا الداء يشاهد من بعد الولادة الى ظهور الاسنان الاول ولا ينبغى اشتباهه بغنغرينا الفم وانما له شبه باسكوربوط البالغين وقد ذكر بليار صفاته فى مشاهدة كان فيها انتفاخ فى اللثة وانصباب دم فى الاسناخ وذلك ان طفلة عمرها تسعة ايام وبنيتها قوية ووجهها متلون غيران فى بدنها واطرافها ميلا للصفرة اليرقانية ودخلت المارستان فى الثالث عشر من اكتوبر وكان صياحها قليلا وتراها دائما ساكنة هادية كانها نائمة وكان غشاؤها المخاطى الفمى فى حالة طبيعية واما اللسان فكان احمر فى حافتيه وطرفه فامر لها بالارز المصمغ وفى اليوم الخامس عشر من الشهر قلت شدة اليرقان وعرض اسهال كثير فانتقع لون الطفلة وكثر الصياح وانتفخت لثة الفك الاعلى بدون احرار والمعالجة كالسابقة وبقيت مع المريضة تلك الحالة الى العشرين من الشهر غيران الاسهال زاد كانتقاع اللون ايضا لكن بدون زيادة نحول ثم ان اللثة العليا التى هى دائما منتفخة صارت حمراء وفى الخامس والعشرين زادت جميع العوارض وضعف بكاء الطفلة وصار النبض صغيرا بطيأ ولم ينقطع الاسهال وماتت فى مساء السادس والعشرين من الشهر

وفى فتح الرمة وجد فى اللثة العليا من الجانب الايمن ورم بنفسجى يحس فى محاذاته بتموج واضح ووجد فى الاسناخ الثلاثة للاسنان الاول انصباب دم مسود سائل ووجدت الاسنان القواطع مع الجزء من الجرثومة الذى لم يتعظم متموجة سابحة منفصلة فى اثناء الدم المنصب المكون للورم والقلنسوات العظمية للاسنان لينة محمرة كانها منتقعة فى السائل والاجزاء الرخوة المحيطة بها آخذة فى الانفصال من الحافة السنخية والباقى من الفم سليم ووجد بعض نقط من الموجبيت فى الطرف السفلى للمرئ وبعض حزوز حمر على سطح المعدة وكان آخر الغشاء المخاطى للاثنى عشرى سميكا منتفخا ووجد حوالى الصمام اللفائفى الاعورى ست لطخ جرابية شديدة الاحمرار والانتفاخ

والكبد

والكبد محتقنة بالدم والصفراء كثيرة خيطية ولونها اخضر مصفر وكل من الرئتين والقلب والمخ سليما

فهذه المشاهدة عظيمة الاعتبار من وجهين اولا انها تثبت ان العوارض من حيث ان محلها في الاسنان او في جرائيمها يمكن حصولها في الايام الاول من الحياة كالشهر السابع والتاسع وثانيا يعرف منها عروض ازفة حقيقية في الميازيب السنية بسبب الاحتقان الدموي الكثير الحصول في هذه الاجزاء للاطفال المولودين واما المثال الآتي فيعرف منه حصول هذا العارض بدرجة اكثر تقدما من هذا

وها هو مثال آخر فيه موجيت واحتقان دموي وفساد في اللثة وسعال مخنق والتهاب معدي وحاصله ان طفلة عمرها عشرون يوما دخلت المارستان في اليوم الثالث عشر من شهر اووت وكانت قوية البنية جيدة السمن ولسانها احمر من الطرف حيث يوجد فيه بعض نقط من الموجيت وكان ذلك سببا لقطع رضاعها فامر لها بمغلي الشعير المصمغ والغراغر المرخية واللبن الممزوج وفي الرابع عشر من الشهر امتد الموجيت على جميع السطح المخاطي للسان بل الى اللهاة وعولجت في هذا اليوم بالعلاج السابق وفي الثامن عشر كان يحصل للطفلة قيء بعد شرب المشروبات بيسير ولم يحصل لها غير ذلك مما هو عظيم الاعتبار الى تمام الشهر ثم في اليوم الاول من الشهر التالي وهو سبتمبر تواتر معها التنفس وصار يعتريها في كل مساء حرارة جافة واضحة في الجلد وكان النبض ممتلئا غير انه ليس اكثر تواترا من العادة اعني تسعين دقة في الدقيقة وامتلأ الفم بصفيحات من الموجيت فامر لها بمغلي الخبازا المصمغ وبلعوق مع نصف درهم من شراب الخشخاش وبالحمية وفي اليوم الثامن من الشهر قوي السعال واكتسب في كل نوبة صفات السعال التشنجي (كوكلوش) وصار الوجه اوذيماويا واللثة حمراء منتفخة دامية وعلاجه في هذا اليوم كان كالسابق وفي الثاني عشر زادت جميع الاعراض وحصل انتفاخ عام في لثة الفكين وفي الرابع عشر زاد انتفاخ الجهة اليمنى من اللثة العليا وفي الخامس عشر عسر

الازدياد وصارت المشروبات تنزل من الانف والطفلة فى كل نوبة سعال تصير مهددة بالاختناق والعلاج كالسابق وفى السابع عشر قارب ان يكون ازدياد السائلات غير ممكن مع سهولة ازدياد المرقة التى فيها بعض قوام وفى الثامن عشر تقدم انتفاخ الشفة العليا تقدما سريعا وبقيت اوذيماوية الوجه وانقطع تولد الموجيت ثانيا والغشاء المخاطى الفمى عموما لم يكن شديد الحمرة وفى التاسع عشر ظهر كدم بنفسجى على جناح الانف والسعال كان دائما كثيرا لكن بدون اختناق والجلد حارا جدا ومع ذلك بقى النبض فى الحالة الطبيعية وماتت الطفلة فى المساء

ولما فتحت الرمة فى اليوم التالى وجد فى الجهة اليمنى من الشفة العليا انتفاخ اوذيماوى احمر مسترخ جدا يشاهد فى مركزه نقطة مسلوخة ووجد ايضا انتفاخ اوذيماوى فى جدار الفم من تلك الجهة فقط امام من الخارج فلم يوجد فى الجلد المنظر النحاسى الدهنى الذى توصف به الاوذيما السابقة على غنغرينا الفم ولما فتح ورم اللثة وجد مكونا من دم محبب مسود تسبح فى وسطه جراثيم الاسنان التى انفصلت بالكلية وسقطت مع الدم الذى سال من الورم ووجدت ايضا طبقة سميكة من الموجيت فى قاعدة اللسان ووجدت المعدة منقبضة مكرشة وغشاؤها المخاطى سميكا شديد الحمرة ووجد فى آخر اللفائفى بعض صفحات جرابية منتقعة اللون قليلة البروز والكبد محتقنة بالدم وجميع المجموع الوريدى البطنى فى حالة احتقان عظيم الاعتبار وكان المزمار محلسا لانتفاخ اوذيماوى واضح جدا واما القصبة والشعب والرئتان فسليمة والقناة الشريانية وثقب بوتال منسدان والمخ انما كان فيه احتقان خفيف

وقد عرف من هنا مصاحبة داء الاسنان لاحتقان اللثة والانتفاخ الاوذيماوى فى الوجه فى الجهة الاكثر تمرضا فان هذه الموافقة يؤخذ منها ارتباط بين داء اللثة وداء الاسنان الذى هو المقصود هنا بهذا المبحث وغنغرينا الفم قال بليار ولا اشك فى ان هذه اى غنغرينا الفم قد تتبع انتفاخ اللثة وفساد تركيبها فاذا عرض هذا الداء فى طفل ابتدأ فيه التسنين الثانى كان محزنا جدا فقد ينتج

منه فقد الاسنان طول الحياة

ثم ان الانصباب فى الاسناخ يكون اقل كثرة كلما تقدم الطفل فى العمر وملأ السن بتقدمه التجويف السنخى لكن يحصل حينئذ تصاعد دموى على سطح اللثة فى التجويف الفمى وتلك حالة يمكن ان لا تشاهد لان الطفل يمتص الدم المتصاعد اولا فاولا فلا يخرج الى الخارج شئ قال بليار وما اتفق لى مشاهدة الالتهاب الحقيقى فى جرثومة السن وان ذكر جماعة من الفضلاء امثلة منه وقال ايضا قد تلتهب لثة المولودين جديدا التهابا سطحيا فيكون اقل ثقلا وذلك بان يشاهد عند ظهور الاسنان الاول ان اللثة انتفخت انتفاخا جزئيا وصارت محلسا لاحمرار التهابى موضعى فى محاذاة كل سن وقد رأيت التهابا لثويا سطحيا فى طفل عمره ثمانية عشر شهرا وجميع اسنانه الاول كانت مندفعة وكان هذا الالتهاب على هيئة خط احمر مقطع بحزم ضغنية تتبع دائر اللثة فى اتجاه موافق لعنق الاسنان

ويمكن ان يكون الالتهاب اللثوى الحاصل من الاندفاع السنى ظاهرا واضحا بحيث يسبب جفاف الفم والاحمرار العام للغشاء المخاطى الذى لهذا التجويف وجميع صفات الالتهاب الفمى الارتيماوى المصحوب بالحمى والاضطراب والصياح الدائم لكن ينبغى ان يعرف ان ذلك لا يحصل فى الغالب ومع ذلك يلزم الانتباه المخصوص لعلاج هذا الالتهاب الذى انتشاره بالاتصال قد يحصل بسرعة فى اجزاء اخر من القناة الهضمية وعلاج هذا الالتهاب اللثوى ذكر فى علاج العوارض الموضعية للتسنين الاول فارجع اليه وبقية الكلام على معالجة الاعراض العامة تذكر فى شرح الامراض التى تكون تلك الاعراض ناشئة منها

المبحث الرابع

فى امور غير اعتيادية فى الاسنان

الاسنان شبه عظام صغيرة صلبة جدا مغروسة فى اسناخ الفكين ومعدة لمسك الجواهر الغذائية وكسرها وطحنها ثم ان الاسنان بالنظر لتولدها ونموها

وتركيبها وتعلقها ببقية البنية تشبه الشعر والاظفار لذوات الثدى والريش للطيور والاصداف للحيوانات الرخوة ولا يمكن ان يجزم بانها غير آلية لاننا لا نعرف شيأ منسوبا للحيوانات الحية خاليا بالكلية من الحياة لكن لم يكشف فى جوهرها عروق ولا اعصاب ولا جوهر خاص خلوى وهى مكونة من طبقات متحدة المركز صلبة من وقت تولدها ويكفى لموتها افساد اللب المولد فلا تكون اذ ذاك الا اجساما غريبا ممسوكا فى وسط الاجزاء الحية مسكا ميخانيكيا ثم هى بطريق مشابهتها للعظام الحقيقية تتميز عنها بعدم وجود الجوهر الخاص الخلوى الوعائى فى تركيبها والسمحاق فى سطحها وبتعرضها المماسة الجو وبالطلاء المغطى لجزئها الخارج وبظهورها المتتابع وتجديدها فى بعض ازمنة من وجودها وبانبرائها وتحركها وسقوطها فى الشيخوخة قبل الزوال الاعتيادى للحركات الحيوية من بقية الجسم

وعلى مقتضى وضع كتابنا نقصر الكلام على بعض اعتبارات عامة على الاسنان ونترك الشروح الطويلة لكتب التشريح والتاريخ الطبيعى فالاطباء انما يشتغلون على الخصوص من احوال الاسنان بامور احدها الوسائط اللازمة لحفظ هذه الاعضاء فى حالتها الطبيعية وعلاج انتظامها المعيب وثانيها الامراض الكثيرة التى تعترى جواهرها والاجزاء المجاورة لها وثالثها الاعمال المختلفة التى تستدعيها ورابعها الكيفيات المستعملة فى الصناعة لتعويض فقدها الجزئى او الكلى ونحن انما نبحث هنا عن بعض ذلك مما يتعلق بظهور الاسنان الاول وما يمكن ان يعترى الاسنان الثوانى فى ابتداء ظهورها فى الاطفال

القانون الصحى للاسنان * الظهور المتتابع للاسنان الاول يندر ان يعتريه عوائق عظيمة فاذا سار ذلك الظهور سيرا منتظما تكونت عظام الفكين ونمت نموا كافيا بحيث تجد هذه الاعضاء اعنى الاسنان فيها مجلسا كافيا فتصطف بانتظام على طول قوسيها فاذا حصل فى ذلك الظهور امور غير اعتيادية كانت فى الغالب قليلة الاهتمام ولم يلتفت اليها كثيرا اولا لان الاشخاص من حيث

انهم

انهم صغار فى السن يكونون اقل تحملا للعمليات المؤلمة وثانيا ان الاعضاء الخارجة يلزم ان يخلفها غيرها فالطبيعة تفعل من نفسها ما لا تقدر الصناعة على فعله الا بعسر واما الظاهرات الموضعية والسمباوية والعوارض التى تصحب فى كثير من الاحوال ظهور الاسنان الاول فقد سبق مبحثها قريبا

ثم ان الاسنان فى الحالة الاعتيادية مصفوفة بالتساوى من الجانبين على الحوافى السنخية من الفكين فتكون على شكل خطين ذوى قطع متكافىء واقرب من ذلك ان يقال على نصفى شكل بيضاوى تام قوسه العلوى مكون للطرف الغليظ والسفلى للصغير والاسنان العليا عموما اكبر حجما بيسير من السفلى ولذلك تشغل مسافة اوسع فينتج من تلك الهيئة ان القوسين يتوافقان بالضبط من الخلف اما من الامام فالصف العلوى يجاوز السفلى قليلا ويتقدم عليه مقاطعاله واذا بحث فى الجانبين من الامام الى الخلف وجد فى القوس السنى العلوى احديداب منتظم من القاطع الثانى الى ابعد سن طاحونى واما السفلى فيوجد فيه تقعير مقابل للعلوى والقواطع العليا منحنية قليلا الى الامام والسفلى عمودية الاتجاه وترتفع خلف المعارضة لها بحيث تستند بلطف على الوجه الخلفى لقاعدة اكاليلها ولا يجاوز سن غيره من الاسنان سواء فى الطول او فى البروز الجانبى والانياب وحدها تتسلطن وتميل غالبا قليلا على القواطع مستندة عليها فاذا خرج هذا التكوين عن ذلك الحد تشكل الفك بشكل ثقيل يشبه فى تصالب سنين متقابلين الهيئة المعروفة للحيوانات الجارحة الاكالة للحم

وبياض الاسنان الذى هو من الصفات الثمينة لها يشبه بياض العظم فالتى يكون بياضها كبياض اللبن او الصينى وتظهر شفافة يندر ان تكون شديدة الصلابة فجوهرها يكون رخوا ويفسد بسرعة ويسهل تحويله الى اللب السنى من تأثير الاجسام الباردة او الحارة او الحمضية التى عرضت للمضغ وتوجد غالبا هذه الصفات الآتية فى الضعاف واللينفاويين المعرضين

للجنازير ولدآء العظام . والغالب ان اسنان الاناث اكثر بياضا واضعف وارق واصغر من اسنان الذكور واصلب الاسنان هى التى بياضها فيه بعض صفرة وتعلن بعتامتها ان قاعدتها هو العاج المندمج الثقيل وهذه توجد غالبا فى الاقوياء والدمويين والصفراويين والذين معهم قوة عظيمة فى اعضاء الهضم ومع ذلك كل سن يلزم ان يوجد له سطح املس مستو مصقول محدبه يتوافق مع تحدب الاسنان القريبة له فيساعد بذلك على استوآئها وانتظامها

ثم ان تلك الهيئات الاعتيادية للقوسين السنيين قابلة لان يحصل فيها اختلافات وزوغانات كثيرة معظمها يمكن التحرز عنه من قبل او تصليحه لما بتيقظ مخصوص او بتوجيه مناسب يعطى للتسنين الثانى او باعمال جراحية

فى امور غير اعتيادية بالسرعة والتأخر فى ظهور الاسنان * قد يحصل فى ظهور الاسنان اختلاف بالسرعة والتأخر عن الزمن الاعتيادى للتسنين الذى يكون ابتدآؤه من نصف السنة الاولى تقريبا غير ان التأخر ليس فيه عظيم اهتمام وان كان غريبا فقد شوهد تأخر التسنين الى ابتدآء السنة الثانية بل والمزيد من ذلك الى السنة الحادية عشر مثلا كما شاهد ذلك دوجيس بل والى احدى وعشرين وثنتين وعشرين كما شاهد ذلك سميلى ولا يلزم زيادة الاهتمام فى عدم انتظام الاسنان فى الترتب عند خروجها من الفك وقد شوهدت اطفال ولدوا باسنان والغالب فى هذه ان تكون هى القواطع وكثيرا ما وجد ذلك مع عيب تكون فى الوجه ولاسيما العلم وانقسام اللهاة وقد لا يوجد فى الفم اصلا امر غير اعتيادى سوى وجود الاسنان كما شوهد ذلك فى لويس الرابع عشر ملك فرانسا ولكن الغالب ان الاسنان التى تظهر من وقت الولادة لا تطول مدتها لانها لما كانت فى الاصل سطحية الانغراس جدا صارت ايضا اكثر من ذلك كلما نمى الفك فلم تلبث قليلا حتى تسقط قال بليار قد دخل بيت الملتقطين بباريس طفل معه سنان طويلان فى الفك العلوى فبعد ستة اسابيع سقط احدهما والثانى سقط بعده بقليل فاذا حصل للطفل من تلك الاسنان تعب فى الارضاع ومسك الحلمة لزم ان يبادر بقلعها لان فقد الاسنان القواطع الى زمن

التسنين

التسنين الثانى لايضر الطفل ولايمنع وسائط التغذية التى بدونها يخاف على حياته

فى امور خارجة عن العادة فى عدد الاسنان * قد سبق ان الاسنان قد تعدم بالكلية ولا تظهر ابدا وذلك ناشئ اما من الفقد الاصلى لجراثيمها فى بنية الجنين او من امراض ثقيلة عرضت للثة او الجراثيم قبل الولادة او بعدها بيسير فافسدت منها قوة الحياة وذكر بورلى مثالا عظيم الاعتبار للفقد الكلى للاسنان فى امرأة كان عمرها ستين سنة وبعضهم وجد فى جملة اطفال بصلة الاسنان ملتهبة فى حالة تقيح فظن ان عدم بعض الاسنان ناشئ من مثل تلك الآفات فاللثة فى تلك الاحوال تتيبس وتصير مندملة ويتم بها المضغ وهو وان لم يكن تاما ومعدوما فى الاجسام اليابسة الا انه يكون كافيا لهضم الاغذية وتغذية الطفل ولكن الغالب كما سبق ان يكون العدم جزئيا اى لبعض الاسنان لا كلها فتارة تعدم الاسنان الاول فقط ثم تظهر الاسنان الثوانى فى وقتها وتارة لا تظهر الاسنان المقدمة اى الاولية التى فى مقدم الفم فيبقى الفم متمتعا باسنان الجوانب فقط اعنى الاضراس وشوهد شاب عمره ثمان عشرة سنة واسنانه اللبنية سقطت من زمن طويل ولم يظهر بدلها شئ وكما شوهد ذلك شوهد بقاء اسنان اللبن وانبرت كاسنان الشيوخ وجميع ذلك لا دخل للصناعة فيه ولا يمكن تحريض اعمال الطبيعة ولا ايقاظها ولا تعجيلها وانما يمكن بالتحرس من التيبس الليفى الغضروفى للثة الذى ينتجه الاعتياد على استعمال الاغذية اليابسة الصلبة ان يعان خروج الاسنان المتعوقة التى لا يقطع الرجاء من نموها الا اذا تم نمو الشخص ففى ذلك الزمن تبدل بالقطع الصناعية فى الاماكن الخالية منها

والزيادة الغير الاعتيادية فى عدد الاسنان تنتج فى الغالب من دوام بعض اسنان من الاسنان الاولية مع الاسنان الدائمة التى تظهر امامها او خلفها ومع ذلك هنا مشاهدات نادرة يؤخذ منها ازدواج القوس السنى فى احد الفكين وكثيرا ما تشاهد القواطع او الانياب فقط زائدة العدد واحيانا تكون الطواحين

الدائمة موجودة من قبل ثم يظهر سن غليظ زائد من الباطن او الخارج فيبرز في باطن الفم او نحو الخدو بسبب آلاما كما يتعب ايضا حركات هذه الاعضاء فيلزم قلعه متى تيسر مسكه بالآلة ومن المناسب ايضا ازالة الاسنان المقدمة الزائدة حقيقة لكن ينبغي غاية الانتباه حتى لاتؤخذ الاسنان الدائمة الزائغة بدلا عن الاسنان التي يلزم ان تكون هذه بدلها فلا تقلع الا هذه الاسنان الاولية ومهما كانت درجة الانحناء الغير الطبيعي للاسنان الاخر يشاهد غالبا بعد هذه العملية حيث صار المحل المعد لها خالصا ان تلك الاسنان تعتدل وتقرب للصف بل وتدخل فيه ثم بقطع النظر عن ماتذكره اقارب الطفل وما ينتج عنه من ان السن الموضوع بانتظام يبقى دائما ولا يتبدل في الزمن الاعتيادي للتبديل يسهل ان يميز بالاعتياد الاسنان الدائمة عن الاولية بكونها اعرض وبمنظرها الاكثر صلابة وباللون الابيض الاقل لبنية ولاسيما في خصوص القواطع بعدم التساوي في اطرافها الخالصة التي لم تبر الى الآن بالاحتكاك وليست ملسا متساوية كاطراف الاسنان التي استعملها الطفل قبل ذلك مدة طويلة فمن المهم ان يبحث في هذه الصفات فان السن الدائم قد يدفع من الجانب السن اللبني ويغير محله بحيث يتغير النظم الاعتيادي ويمكن بالقلع ان يغلط الطبيب في ذلك غلطا مضرا وعندنا من ذلك امثلة كثيرة

امور غير اعتيادية في وضع الاسنان * شوهدت زوغانات من اغرب ما يكون في اتجاه اندغام الاسنان وكيفية ذلك الاندغام وذلك ناتج دائما من عيب تكون في القوس السنخي العلوي او السفلي اذ من المعلوم ان السنخ الذي يؤثر شكله غالبا في اتجاه السن اذا لم يمكنه بسبب ضيق عظم الفك ان يتكون خالصا اشترك السن معه في هذا الزوغان فيخرج عن خط الاسنان الاخر بل قد ينمو بعيدا عن القوس السني بمسافة ما فقد ذكر البنوس شخصا معه سنان كبيران في الطول والغلظ وكانا مختفيين في سمك النتو الصاعد للفك العلوي وكان جسمهما من الاعلى واصلهما من الاسفل واذا تأملت في الوضع الاصلي لجرثومة هذين السنين لم تستغرب وضعهما في هذا الوضع العجيب لانه لم يكن هناك ميزاب سني ولاسنخ

حتى

حتى يتجها فيهما حال النمو وشاهد البنوس ايضا سنا فى جزء عظم الفك الذى ينضم بعظم الحنك وسبتيير شاهد ايضا سنين من جنس الانياب موضوعين فى المحل المذكور والغالب ان الاسنان التى تبعد عن انتظام غيرها هى الانياب فاخر ما يتكون فى نمو جرثومة الاسنان هى الجرثومة المحاذية للانياب فاذا لم يحصل بعد كاف فى القوس السنى حتى ان هذا السن يجد له فى نموه محلا مناسبا جاز ان يندفع الى الخلف ويسعى لجهة مخالفة للجهة التى يتجه اليها طبيعة قال بليار ولا ادرى كيف ذكروا امثلة لظهور اسنان من الطواحين فى محل القواطع وكيف حصل الغلط فى ذلك مع ان سنخ السن القاطع ضيق عن ان يسع للجرثومة المحتوى عليها ان تكتسى الشكل الخاص بالطواحين وعلى كل حال هذا السن الطاحونى من حيث انه شاغل للسنخ الغير الاعتيادى يكون شكله غريبا جدا ونهاية ما يكون ان يصير طاحونيا غير كامل وقد تكون الاسنان افقية او مقلوبة بالكلية فيكون اصلها متجها نحو اللثة واكليلها فى الجهة المقابلة فى سمك عظام الفك كما علمت حيث يحصل منها كما تمت تهيج عميق وانتفاخ محدود مؤلم وغير ذلك من العوارض المشابهة لذلك فاذا صارت الاعراض شديدة وتكون صديد وانفتحت فوهات ناصورية احتيج وان لم تعلم كيفية التغير لفتح القوس السنى فتحة خفيفة حتى ينكشف ينبوع الداء وعلاجنا هذا انما هو للعوارض الالتهابية بالوسائط الاعتيادية المأخوذة من رتبة مضادات الالتهاب العامة والموضعية وفى بعض احوال اقل ثقلا وخطرا تندغم بعض اسنان فى العظام الفكية بحيث ان اكليلها يجرح اللسان والخدين مباشرة ويهيجها وعندنا امثلة وجد فيها اسنان مندغمة فى قبوة الحنك والجدار الفكى من الحجاج وفى سمك اللسان وفى البلعوم بل وفى المعدة ومن المعلوم انه متى كانت الاعضاء الغير الاعتيادية مشاهدة بالبصر وتصل اليها الآلات لزم المبادرة باستئصالها

امور غير اعتيادية فى انتظام الاسنان * الاسباب الرئيسة للانتظام الغير الاعتيادى للاسنان هى عدم كمال نمو القوس السنى وزيادة عدد الاسنان

وزيادة عرضها وعلى الخصوص دوام بعض الاسنان الاولية على الجانب اوالاعلى للنقط التي يلزم ان تظهر منها الاسنان التابعة وكثيرا ما يمكن بالبحث في العظام الفكية ورفع اللثة وسعة المسافة الشاغلة هي لها ان يعرف من قبل ظهور الاسنان المنتظرة لاى جهة يكون انحناؤها فقد تذهب الى الخلف اوالى الامام او تلتف على محورها بحيث يصير وجهاها جانبيين وتتجه حافتها الى الخارج والخلف وهذه الاتجاهات المعيبة يندران تصيب الاسنان الاول ولم تشاهد غالبا بل اصلا في الطواحين والغالب ان يكون مجلس هذا الزوغان في الانياب والقواطع

وفي معظم الاشخاص يحصل من انحناء سن من الاسنان المقدمة انحناء جملة اسنان فالسن الزائغ يترك في المحل الذي يلزم ان يشغله جزأ من المسافة الخالصة بحيث ان الاسنان المجاورة له يزول منها الاتصال الحاصل بوجوده فتقرب اليه من الامام اوالخلف مع كونها تنحني قليلا الى خارج الصف في الجهة المقابلة واما من جهة الاسنان المقابلة التي هي في عظم الفك المقابل فمن حيث انها تكون عند المضغ وانطباق الفم معرضة لانضغاطات غير اعتيادية تلتزم غالبا بان تبعد عن اتجاهها فانحناء سن قاطع من القواطع السفلى الى الامام يسبب غالبا اتجاه القاطع العلوى المقابل له الى الخلف والعكس بالعكس فينتج من ذلك في صفي القوسين تصالبات تختلف في السعة والعظم فتفسد انتظام الاسنان

ويسهل بمساعدة زيادة التأمل والانتباه الجيد مدة التسنين الثاني الاحتراس من حصول كثير من الامور الغير الاعتيادية التي نحن بصددها فمن المهم حينئذ الحذر من شيئين احدهما المبادرة باستئصال الاسنان الاولية والثاني الذي هو خطر ايضا تركها في مواضعها زمنا طويلا فان نتيجة الاول الاعانة على التفرق الجانبي للاسنان التي تظهر واحيانا عدم امكان الوضع المنتظم للاخيرة فيما بينها ونتيجة الثاني هو متانة وثقل الانحناء الى الامام اوالخلف اوالالتفاف على محور اصل السن والتجربة وحدها هي التي ارشدتنا للحالة المتوسطة بين هذين الخطرين

ثم فى ابتداء التسنين الثانى حيث لم يكابد الى الآن القوس السنى تغيرا اذا ظهر
من امام احد القواطع المتوسطة السفلى او العليا او من خلفه وهو الاكثر
احتمالا نمو لم اى ارتفاع محمر محدود مؤلم بالضغط كان من المناسب المبادرة
باستئصال السن الاصلى الذى حصل قرب به هذا العمل الالتهابى سواء كان
متحركا ام لا فهذه هى الواسطة الوحيدة لتجهيز مسافة خالصة للسن الذى
يريد ان يخرج خارج الخط حيث لم يجد له محلا خاليا يدخل فيه ويلزم ان تمسك
بمثل ذلك اذا خرج قبل ذلك ثم مع هذه العملية اذا لم تجد الاسنان المتوسطة
للتبديل بين القواطع الاولية الجانبية مسافة كافية تنتظم فيها انتظاما مناسبا
لزم استئصال الاسنان المتعبة لذلك لكن من المهم ان ينتظر هذا الاستئصال حتى
تنمو الاسنان المراقبة للنمو وتبلغ نحو نصف ارتفاعها تقريبا فاذا بودر قبل
ذلك بفعل العملية تباعدت الاسنان من جانب الى آخر واخذت جزأ من المحل
الذى يلزم ان تشغله الاسنان التابعة فاذا تأخرت العملية جدا قبلت
الاسنان الانحناآت المقدمة الخلفية التى يلزم الاحتراس منها والقواطع
الجانبية تكون ايضا معرضة لمثل تلك العملية اعنى انه بعد الاستئصال
المحتاج اليه فى الاسنان الاول التى يلزم ان تقوم هى مقامها يستأصل ايضا بعد
خروج جزء عظيم من اكليلها احد النابين ليتم المسافة التى يستدعيها الانتظام
الاعتيادى ويلزم ان تتجه الانياب بهذه الكيفية فى نموها ومواضعها وقد
يتفق احيانا ان يضطر لازالة الطاحون الاول الصغير حتى ينتظم الباقى
فى الدائرة لكن هذا لا يحصل فى اغلب الاحوال اذا كان الاستئصال
المبكر به للاسنان التى يشاهد خروجها يسمح لهذه بان تتباعد عن بعضها على
الجوانب .

فنتج من هذه الاصول انه اذا ظهر سن تابعى واتجه متباعدا على الجوانب لزم
الحذر من استئصال الاسنان المجاورة له التى تخدم لمسكه وقصر انحنائه واذا
لمست الزاوية الاكثر ارتفاعا من سن زائغ عند انطباق الفم سنا محاذيا له فى الفك
الآخر كان الضغط الناشئ من ذلك قابلا لان يزيد فى انحنائه ايضا فيلزم

الالتجاء للمبرد ايزول هذا السبب المضاف للزوغان واذا كان السن الضاغط
هكذا على الاسنان التى يراد استقامتها اوليا لزم امابرده اواستئصاله اما اذا كان
دائما فان المناسب اذا كان المانع خفيفا ان يبرد كل منهما وفى حالة ما اذا كان
عظيما جدا ان يقاوم بواسطة عقلة او بتقريب تام للاقواس السنخية حتى ان
النمو التام وحسن اتجاه العضو الزائغ يخرجانه من الضغط الذى يخاف عليه
منه

ويندر ان لا تنجح هذه الاحتراسات واجتهاد الجراح يصير اصعب اذا حصلت
الزوغانات بالفعل والتزم ان يزيلها اما التحرس منها قبل حصولها فهو اقل
صعوبة من ذلك والانحناآت المنعزلة لسن او اسنان ليست عديمة الشفاء واما
التى تصيب القوسين وينتج منها بين الاسنان المتقابلة نوع تعشق وتداخل
فى بعضها فيعسر جدا منعها بالكلية والذى يلزم فعله اولا حينئذ هو
ان تستأصل اذا كانت موجودة الاسنان الاول التى تتعب انتظام الاخر وتعين
على زوغانها فامامن عدم فيهم هذا الينبوع لكون جميع اسنانهم جديدة فيلزم ان
يختار لهم على حسب الاحوال احدى هذه الطرق المختلفة

فاولا اذا كان بعض الاسنان ملتفا على محوره بسبب ضيق المسافة التى يلزم
ان يشغلها فالمناسب ان تبرد بلطف الحوافى المتقابلة لهذه الاسنان الرديئة
الوضع ومجاوريها ليعين ذلك على استقامتها وثانيا يلزم فى الاشخاص الذين
معهم بعض الاسنان المنعزلة مائلة الى الامام اوالخلف بعد ان يتحقق فيهم ان
المسافة التى بقيت خالصة فى الصف تكفى لقبولها ان تقهر تلك الاسنان على
الاستقامة بان يدخل فيما بينها قريبا اللثة ما امكن سلك معدنى يربط فى الاسنان
المجاورة لها فيجذبها على الدوام نحو المسافة التى يلزم ان تشغلها وقد يستعمل
مسطح مايل يوضع على الاسنان المحاذية لها من القوس المقابل فيحصل منه على
الاسنان الزائغة ضغط يتجدد فى كل انطباق للفم وفضلوا هذا عموما على السلك
متى سمح الانحناء باستعماله فهذا المسطح لا يحرك الاسنان الموضوع عليها
بحال من الاحوال ويقصر فعله بالضبط على الاسنان الزائغة واما السلك

فيوزع قوته على الاسنان السليمة التى تخدم له نقطة ارتكاز والاسنان التى يراد استقامتها مع كون كبسه بضيق واستدارة على السن قد يحدث انبرآء جوهره السنى وتأكله تأكلا يختلف عمقه خصوصا اذا كان ذلك السلك رخوا دقيقا

وثالثا اذا كان هنالك تعشق وتداخل بين القوسين السنيين اذا سقط احدهما على الآخر مباشرة لزم ان تنبرى الاسنان المنضغطة حافتها السابقة باسرع من انبرآئها فى الحالة الاعتيادية فيزيد بذلك تشوهها ويسبب سقوطها قبل الزمن الاعتيادى فيصح ان يستعمل فى هذه الحالة مسطح مائل منتظم يوضع على الاسنان السفلى فيضغط على الصف العلوى من الخلف الى الامام ويذهب به تدريجا امام الآخر

ورابعا اذا تكون من القوس السنى السفلى بروز غير اعتيادى وصار العلوى بمروره امامه سمى هذا التشوه عند عامة الاوربا بذقن القبقاب وهى تسمية لا يعلم لها معنى فينتج من ذلك ايضا ان الاسنان تنبرى بسرعة واحيانا تتهيج اللثة السفلى من تعبها بضغط القواطع المقابلة عليها وتلتهب وتتقرح فاحسن الوسائط استعمالا لارجاع المجاورة الاعتيادية بين الاعضاء الزائغة هو المسطح المائل الذى ذكرناه فيوضع على الاسنان السفلى بحيث انه عند تقارب الفكين لبعضهما يضغط على الاسنان العليا من الخلف الى الامام ويلزمها بان تمر امام الاخرى

وتصنع الاسطحة المائلة من الذهب او الفضة او البلاتين ومن المهم ان تدخل فيها بالاحكام الاسنان التى توضع هى عليها حتى لا يحصل فيها مدة حركة الفكين والخدين واللسان خلخلة ولا تغير محل ويلزم ان يحسب بروزها بحيث تسمح للقوسين السنيين ان يقربا قربا كافيا ليتأتى الكلام وانطباق الفم ولا يحصل منها اولا الاضغط متوسط على الاسنان الزائغة وكلما اعتدلت هذه يزاد فى تحمل جزء المسطح الضاغط ليحفظ فعله فاذا حصل التناسب الاعتيادى بين الاسنان جاز ازالته بالكلية وتكفى بعد ذلك الاسنان التى كان موضوعا عليها الاتمام استقامة الاسنان الاخر بكبسها عليها فى اتجاه مناسب

وخامسا اسنان الفكين قد يوجد فيها في بعض الاشخاص ميل عام الى الامام فيتكون منها بروز يختلف عظمه تحت الشفتين وهذه الهيئة تؤذى صلابة مفاصلها اوتظهر كانها طويلة جدا وتعارض احيانا تقارب الشفتين وتعوق التلفظ وتسبب التلعب وانقذافه الى الخارج متى تكلم الشخص بقوة واعتياد الاطفال على ان يمصوا على الدوام ابهامهم وملابسهم بل والسنتهم حيث يذهبون بها ويجذبونها الى الامام بين الشفتين هى الاسباب الاعتيادية لهذا التشوه الذى يكون ايضا عاما فى بعض القبائل بل ووراثيا فى بعض العوايل ومن المهم مقاومته والمبادرة بمنع الافعال التى تسببه فاذا حصل بالفعل قال بعضهم يقلع الطاحون الاول الصغير من كل جانب ثم يوضع اما الصفايح المعدنية لتوجيه الاسنان نحو الفم او السلوك المعدنية التى تمر امامها ويزاد فى ضيقها كل يوم لكن يندر نجاح هذه الوسائط اذا كان التشوه عظيما بل الغالب ان تعرض بذلك الاسنان للتحرك والسقوط المعجل قبل اوانه بدون ان تستقيم

وسادسا الهيئة الغير الاعتيادية المقابلة لما سبق اعنى انحناء الاقواس السنية الى الداخل بان تتجه نحو باطن الفم فتسبب اخطارا كثيرة كالسابق وذلك فى الغالب عديم الشفاء لان منشأه من الانحناء المعيب للحوافى العظمية الحاملة للاسنان اكثر من كونه ناشئا من الانحراف الغير الاعتيادى لتلك الاسنان

وسابعا التقارب الزائد للاسنان يسبب احيانا بين حوافيها المتقابلة ضغطا يعين على انبراثها وتآكلها فكما ان تباعد هذه الاسنان عن بعضها تباعدا زائدا غير مناسب كذلك ايضا تراكبها على بعضها غير مناسب فاذا وقف تكون الحواجز السنخية مدة نمو الفك اوبقى الميزاب السنى خالصا فى جميع سعته بقيت الجراثيم السنية دائما متراكبة على بعضها متلاصقة فالاسنان التى تعقبها تكون متلاصقة ايضا بحيث يقوم منها كتلة واحدة مركبة من جملة اسنان ملتصقة بما كاليلها اواصولها وهذه الهيئة متعبة مضرة غالبا وقد قدم مثال من ذلك لديوان الاطباء بباريس وذكر مسيو جوابن ان سمرنج رأى مثالا من ذلك وذلك الالتحام

غير الانضمام بواسطة الطرطير كما قلنا وعلاج ذلك يكون بالمبرد وبالجملة تنال
استقامة الاسنان باسهل ما يكون كلما كان الشخص اصغر سنا والاعضاء
الزائغة ابعد عن نهاية نموها وكانت مفاصلها وحوافيها السنخية اقل صلابة
والغالب انه ينجح العمل بسهولة الى سن اربع عشرة او خمس عشرة سنة اما
فيما فوق ذلك فان الاسنان تتحرك وتصير مؤلمة وتسقط فى الغالب بدون ان
تستقيم فالمناسب حينئذ قصر العلاج على تصليح افراط التشوه والنتايج
الرديئة التى تحصل من الكبس الغير الاعتيادى لاحد الفكين على الآخر وذلك
التصليح يكون بالمبرد او استئصال الاسنان الكثيرة الانحناء والاتعاب

تجمدات غير اعتيادية فى الاسنان * قد يحصل ذلك للاطفال بعد التسنين
الثانى كما يحصل للكبار ايضا فاللعاب والسائلات المخاطية التى تطفو على
الدوام فى الفم والافراز الخاص الذى تكون حروف اللثة بحسب الظاهر هى
المجلس له جميع ذلك يجهز على سطح الاسنان مادة وسخة مبيضة اومصفرة
تتعلق بها تعلقا شديدا وتتجمد تدريجا وتكون اولا على عنيق الاسنان ثم تكون
فيما بينها وترتفع فى كثير من الاشخاص الى ربع ارتفاع اكليلها او نصفه بل كله
ايضا ولا يندر ان يوجد جزء عظيم من صف سنى او من الصفين معا مغطى بكتلة
جامدة مسمرة او مسودة سمكها بعض خطوط تدفع الخدين الى الخارج وتشغل
من الباطن جزأ عظيما من المسافة المخصوصة باللسان وتلك المادة يخرج منها
بالتحليل ما يخرج من اللعاب وتجمداته كفوصفات الكلس وهو اكثرها
وكربوناته ومخاط حيوانى واوكسيد الحديد وفوصفات المغنيسيا ووجود
هذه المادة يهيج اللثة ويزيد فى افرازها وكلما زادت رفعت امامها هذه اللثة فتسبب
تعرية عنيق الاسنان وبتراكمها شيأ فشيأ على قاعدة الاسنان تجذبها تدريجا
من اسناخها فينتج من ذلك منظر وسخ دهنى فى الفم ورائحة كريهة واحيانا تنبثة
تتصاعد منه وتتقرح فى اللثة او الخدين او اللسان ثم تحرك الاسنان ثم
سقوطها ومراعاة النظافة وتأثير الاغذية الصلبة لا يكفيان للحذر من تكون
هذه التجمدات اللعابية على الاسنان فاذا وجدت لزم ازالتها حالا بالحكاكة

او بغيرها من الآلات التي تدخل بين الاسنان او تجرى على سطحها وهذه العملية دائما طويلة اذا استولت التجمدات على جميع الفم وقد تكون لطيفة ولكنها تستدعى مهارة الطبيب في خفة الحركات ومراعاة كثير من الاحتراسات اذا كانت الاسنان متحركة قبل ذلك فيلزم حينئذ مسكها باصبع او اكثر من اليد اليسرى توضع على طرف اكاليلها ويفعل بالآلة ما يلزم فعله بمع رفع التجمدات السنية يعطى للثة اطلاق امتدادها من جديد حتى تثبت الاسنان والغالب انه ينتج من العملية فصد موضعى نافع يخفف التهيج من جميع الاجزاء المجاورة لها

حفظ الاسنان * لا يكفى كون الاسنان شاغلة لمحلها الاعتيادى وعلاج زوغانها او ازالة تجمداتها اللعابية المتكونة فيما بينها او على سطحها بل من المهم ايضا ان يتيقظ لحالة صحتها لتحفظ فيها وذلك بالتدبير اللطيف المنتظم وعدم الافراط في كل شئ والممارسة الخالصة الاعتيادية لوظائفها الرئيسة ولا سيما الهضم فهذه هي الوسائط الجيدة لحفظ رطوبة الفم ومتانة اللثة وصلابة الاسنان وسلامتها والغالب ان التغيرات التي تصير الاسنان محلا لها تنتج من اهمال الوصايا العامة للصحة وتكون في الغالب علامة لتغير عام في البنية او لتهيجات مختلفة موجودة في اعضاء الهضم

والاحتراسات الاعتيادية للنظافة تكفى في معظم الاشخاص لبقاء اللثة والاسنان الحاصلة من التسنين الثانى في حالة جيدة فيمر على اكاليلها بالفرشة الصغيرة المعدة لدلكها او بالمسواك من قاعدتها الى قمتها ثم على طول الصفين السنيين ثم على سطحها الخالص فهذا يكفى مع الماء الدافئ في كل صباح لازالة الطبقة الوسخة الخفيفة التي ترسب مدة الليل ويكون الدلك خفيفا بحيث لا يجرح اللثة ولا يزرق حافتها السائبة ثم ينبغى زمنا فزمنا بمسافة طويلة ان يوضع على الفرشة او المسواك بعض سنونات مسحوقة كالتي من الفحم والمرجان المحضر ولسان البحر المسحوق ونحو ذلك فهذه المستحضرات تؤثر كاجسام غريبة صلبة توضع على سطح الاسنان فتستولى على الاصول المتجمدة الصلبة

التي كانت ملتصقة حتى ان الفرشة اوالمسواك يقدر على ازالتها ويمكن على رأى بعض الاطباء ان يزاد على هذه الجواهر لازالة نتانة النفس قمحتان او ثلاثة من مسحوق كلورور اوكسيد الصوديوم لكل درهم من المسحوق وينبغي الكف والمنع من استعمال المستحضرات الحمضية فانها لا تعطى للاسنان البياض الشاهق الا بعد ان تفسد جزأ من طلائها وتلين جوهرها وتفسدها وتسقطها

فاذا كانت اللثة رخوة محتقنة كابية يسهل رشح الدم منها كان من المناسب ان يزاد على المسحوقات المذكورة الكينكينا ودم الاخوين ونحو ذلك من الجواهر القوية مسحوقة ايضا ويصح ايضا ان يوضع في كوبة ماء بعض نقط من الصبغة الكؤولية لحشيشة المعالق (قوقلارس) او الجاوى او القرفة او نحو ذلك لكن لا يداوم على استعمال هذه المستحضرات وسيما التي يسمونها مضادة الحفر فانها تسخن الفم واللثة بسهولة وتزيد في الاحتقان الذي تكون اللثة محله وتحرض السيلان الدموى القوى المؤلم المختلف في الكثرة فيلزم منعها وابدالها بالماء الفاتر او المطبوخات الملينة متى كان منسوج اللثة متألما احمر ورديا متوترا لامعا ومما ينتج عنه نتايج جيدة الافصاد الموضعية التي تعمل في هذه الاحوال بالمسواك او المنكاش او بمبضع او توضع علقة او ثنتان او ثلاث على حسب سن المريض وهو الاحسن على الحال الا كثر ايلاما وحرارة من اللثة خصوصا اذا اتبعت بالاستحمامات المرخية الموضعية

وبالاختصار نقول ان السنونات تؤثر على الاسنان وعلى اللثة فلا تنظف اسطحة الاسنان الا بصفة كونها مسحوقة صلبة لكن المناسب ان لا تختار من الجواهر الهارسة كالرمل لانها تخططها بخطوط وتبرى طلاءها من الاحتكاك واما جميع ماله تسلط على طرطير الاسنان بتأثيره الكيماوى وان كان ضعيفا فينتهى حاله بان يتسلط على الاسنان نفسها واما بالنظر للثة فالمستحضرات المناسبة هي التي يداوى بها لينها وضعفها او تهيجها والتهابها وليس هناك مستحضر واحد صلب او سائل جيد الاستعمال او قليل الضرر يناسب في جميع

الاحوال وبجميع الاشخاص لما يدعيه الدجالون والقشارون من ان معهم سنونا نافعا مطلقا كذب وخطأ مضر يخشى منه الايذآء

واما السوالت فاستعماله عندنا سنة متبعة وله خواص كثيرة ذكروها فى المؤلفات غيران اكثر منافعه انما هو ازالة الاجسام الغريبة وبقايا الجواهر الغذآئية المسوكة بين الاسنان ومداومة استعماله كل لحظة يخشى منها تهيج اللثة والاغشية السنخية والمختار من المساويك عندنا الاراك ولتخليل الاسنان الخلال فانه احسن من الاجسام الشديدة الصلابة كالمعدنية ونحوها لانهما تؤذى الاسنان وربما سببت تحركها واما الرائحة الكريهة للفم الناتجة امامن استعمال التبغة اى الدخان اى وضعه فى الفم مدقوقا اومفروما اومن احوال مرضية فى القنوات الهضمية فتعالج غالبا مع النجاح باقراص يدخل فيها كلورور اوكسيد الصوديوم غيران هذه الواسطة وقتية واما قطع الدآء من اصله فبعلاج الاصل المسبب له وبالجملة ينبغى مراعاة نظافة الاسنان باى طريق كان وان يمنع عنها من الاطعمة والاشربة والمكيفات ما يؤذيها كالحوامض والجواهر اللذاعة والتركيب المعيب وقلة صلابة الاسنان يعرضها للانبرآء غيران هذا يحصل فى الغالب من اسباب غريبة كاحتكاكها اليابس بجسم صلب له تسلط واستيلاء على الطلاء نفسه والصرير الاعتيادى العصبى للاسنان والاعتياد على ان يوضع بينها انابيب الدخان والشبكات المستديرة المتينة والاعتياد على المضغ من جانب واحد واستعمال الاغذية الصلبة جدا والمسحوقات الصلبة والجواهر الحضية لغسلها كما قلنا ولا يحصل ذلك الانبرآء الامع التقدم فى السن واذا انبرى الطلاء لم يعد ثانيا لكن الغالب انه يتكون فى التجويف السنى تحت الاجزآء المبرية تعظم جديد يدفع البصلة العصبية ويغطيها بطبقات زائدة من العاج ويمنع صيرورته مؤلما بترقيق القبوة الكلسية الحافظة له ومع هذا العمل كثيرا ما يحصل له تألم من تأثير الحار والبارد والحوامض

وعلى كل حال يحترس من الانبراء قبل اوان حصوله بمنع الاسباب المحدثة

اوالمقوية له فمن المناسب اذا كانت الاشخاص معرضة له بسبب الصغر كما يشاهد ذلك كثيرا فى الاطفال كالكبار ايضا الذين معهم تهيج مخى ان يوضع مدة الليل لويحة من خشب الخفاف اونحوه بين الاسنان الطواحين من كل جانب فاذا استندس على نظيره المقابل له وبراه لزم برده ليقف تقدم هذه الآفة فاذا انفتح تجويف السن المبرى وذلك نادر كان من المناسب تنظيفه وترصيصه واما الخشونة السطحية التى تجرح اللسان او الشفتين او الخدين او التى هى كثيرة النشوء فتزال بالمبرد حتى يتساوى حسب الامكان القوس السنى

واما امراض الاسنان الناشئة من اسباب بادية قوية تصيبها فتكسرها اوتقلعها اوتخلعها اومن تغير ذاتى فى جوهرها اومن التهاب حاد اومزمن اوآفات اخر عميقة عرضت فى المنسوجات المحيطة بها التى تنبتها وتوصل لها اغذيتها فمحلها كتب الامراض عموما اذلا شئ منها خاص بابتداء ظهور الاسنان فى التسنين الاول ولا فى التسنين الثانى وتلك الامراض كالتحرك والكسر والخلع والقلع والضمور وفساد الطلاء وفساد بصيلة الاسنان والتسوس وتلف اصولها الاسنان وورمها وكونها منبعا للصديد اى اصابتها بشوكة الريح والتهاب الغشاء السنخى السنى واكلة السن وفطرية اللب السنى وتعظم البصيلات السنية والآلام والفيضانات السنية والخراجات والنواصير السنية وجميع ما يتعلق بذلك من العمليات فهذه كلها لا تختص بعمر دون آخر وليست فى الاطفال اكثر مما فى البالغين

المبحث الخامس

فى امراض الغدد اللعابية

الغدد اللعابية يندر اصابتها فى المولودين لانها لا تعظم ويزيد افرازها الا زمن ظهور الاسنان الاول قال بليار كثيرا ما شرحت بتشديد الراء جثث اطفال فى هذا الزمن لا تحقق حالة هذه الغدد فلم اجد فيها شيأ عظيم الاعتبار الا انى كثيرا ما وجدت التكثف والحبوب المتراكمة المركبة لها مغمورة بالدم وملونة بلونه وذلك ناشئ من الاحتقان الدموى فى الاجزاء المجاورة لها وقد اتفق لى

انى رأيت ضفدعا خلقيا فى طفلة حملت الى بيت اللقطاء وكانت قوية البنية واذا صاحت ارتفع لسانها فيشاهد ورم شفاف على الجزء الجانبى لقيد اللسان ملتصق بالوجه الباطن للفك وذلك الورم مستدير بدون انتظام ومستطيل شاغل بالضبط لمحل الغدة تحت اللسان وكان مرنا جدا ولا يستفرغ بالضغط عليه لكن يظهر انه يكون اكثر امتلاء فى غير وقت الصياح مما اذا صاح ولما بحث جيدا فى هذا الورم ظن كونه ناتجا من تراكم اللعاب المنفرز من الغدة تحت اللسان على بعضه من حيث ان فوهاتها الدافعة منسدة ولابد وهذا يدل مع ماسيأتى لنا فى هذا الكتاب على ان الناتج من افراز بعض الغدد يندفع الى خارجها وان كانت صغيرة فى النمو حتى فى مدة الحياة داخل الرحم واتفق ان هذا الطفل ذهب الى الريف بعد يومين من مجيئه ولم يتيسر لى تتبع تقدم هذا الداء فيه انتهى قال اولفير وهذا الداء اعنى الضفدع الخلقى فى المولودين نادر جدا وقد شاهده وشرحه جيدا فى هذه الازمنة الاخيرة دبواس واستول بل الظاهر انهما لم يعلما مشاهدة بليار السابقة وهو فى نفسه قليل الثقل والخطر غير انه قد يحصل منه نتايج مغمة بسبب كونه مانعا للمص فى الارضاع اذا كان مجهولا ومكث مدة طويلة بدون ان يشاهد والحالة التى ذكرها دبواس كان الورم فيها مستديرا وجدرانه ملساء شفافة وكان شاغلا للجزء المقدم السفلى من اللسان ومنعزلا بالكلية عن ارضية الفم وليس له تعلق بقيد اللسان الذى كان موضوعا امامه ولم يحصل منه عائق فى حركات اللسان ماعدا الحركات التى يستدعيها مسك الحلمة والمشاهدة التى شرحها استول كان الضفدع فيها مستطيلا موضوعا تحت الجزء المقدم الايسر من اللسان وملتصقا بارضية الفم على جانب القيد وامامه فكان ذلك القيد كانه محو بالكلية كما فى مشاهدة بليار وبالجملة كان هنالك تراكم لعاب فى قناة وارتون اعنى ضفدعا شبيها بالضفدع الذى يشاهد كثيرا فى البالغين

ففى تلك الاحوال الثلاث يشاهد للضفدع النوعان اللذان ذكرهما الطبيب لافيه فى حواشى عمليات ديونس ويقرب للعقل كما ظن دبواس ان الوضع

الخاص للورم الذى شاهده ناتج من الاستطالة العارضية لقناة وارتون على الجزء المقدم للسان ويكفى ضربة مبضع هنا لاستفراغ الورم فبذلك يسهل الرضاع ويتم الشفاء واما الطبيب استول فالتزم ان يستأصل الورم واظن ان المناسب فى جميع الاحوال استعمال هذه الطريقة حالا انتهى

وكثيرا ما يعترى الاطفال ورم النكفة ولا يختلف عن ما فى الكبار البالغين وعلاجه فيهم واحد وانما يراعى فيه السن والمزاج

القسم الثانى
فى امراض الجزء الحلقى من القناة الهضمية

نريد ان نبحث هنا عن آفات اللهاة وقوائمها واللوزتين والبلعوم وفى هذا القسم ثلاثة فصول

الفصل الاول
فى عيوب التكون فى تلك الاجزاء

عيوب التكون فى اللهاة يقوم بالاكثر من انقسامها انقساما تاما او غير تام وقد تكلمنا على ذلك سابقا وعلى العوارض التى تنتج من ذلك والاحتراسات التى يلزم مراعاتها حينئذ مدة الارضاع قال بليار وما شاهدت اصلا ان عظم طولها يضر بالازدراد ويستدعى قطع الغلصمة فى المولودين جديدا وسيأتى لنا ذكر التهابها

واما تغير شكل البلعوم فهو انه قد يوجد البلعوم فى جثث الاطفال ضيقا جدا وربما غلب على الظن ان ذلك نتيجة انقباض فى العضلات العاصرة له لكن يوجد مع ذلك قاعدة اللسان كثيرة اى ضيقة السطح والتباعد بين قرنى العظم اللامى قليلا جدا بحيث يقرب للعقل ان هذا الضيق ناشئ من عيب فى التكون فاذا وصل الضيق الى درجة عالية نتج من ذلك عسر عظيم فى الازدراد كما فى بعض مشاهدات بليار فاذا شوهد مولود يعسر عليه ازدراد اللبن الذى يسقى له او يمتصه من ضرع امه لزم قبل ان يجزم بان ذلك ناشئ من التهاب فى اعضاء الازدراد ان يبحث مع الانتباه فى شكل اللسان الذى ضيق سطحه يتوافق غالبا

بل دآ ثماً مع ضيق البلعوم وذلك البحث لا يخلو من منفعة فان الطبيب اذا تحقق ذلك حينئذ يلزمه ان يقصر امره على ان يسقى الطفل مع الاحتراس كمية قليلة في كل مرة اما في غير ذلك من الاحوال فيأمر باستعمال الوسائط الخاصة بمقاومة الالتهاب

الفصل الثاني

في الاحتقان الدموي في اعضاء الازدراد

كل من اللهاة والحلقوم في المولودين يكون غالبا عند الولادة محتقنا بالدم احمر ولاسيما البلعوم فان احتقانه يكون واضحا جدا وذلك الاحتقان يكون اعظم كلما شوهد الطفل في زمن اقرب لولادته قال بليار ولا ادري جيدا السبب الذي ينسب له ذلك ولكن الواقع كذلك فيلزم ان تنتبه له الاطباء حتى لا يشتبه عليهم الاحتقان البسيط الخفيف بالالتهاب وقد بحثت في بلعوم كثير من المولودين مع غاية الانتباه فاستنتجت من ذلك ما سيذكر وكان ذلك البحث في مائتي طفل عمرهم من يوم الى عشرة ايام وماتوا بامراض مختلفة فرأيت مضيق الحلق محتقنا في مائة وتسعين وكان ذلك الاحتقان في الغالب متساويا منفرشا واحيانا لا يظهر الا على شكل تفرعات تختلف في الوضوح ولم اجد بينه وبين حالة القناة المعوية تعلق مهم وانما له نسبة وارتباط في المدة والشدة باحمرار الجلد حيث يوجد ذلك في المولودين مدة ثمانية ايام او عشرة من ابتدآء حياتهم فاذن يظهر ان هناك نسبة خاصة بين المجموع الوعائي للجلد والوعائي للفم ومضيق الحلق من حيث ان هذه الاجزاء يوجد فيها زمن الولادة احتقان دموي مدته في الجميع واحدة فلا ينبغي ان ينسب وجود ذلك لسبب عرضي لان مثل ذلك يحصل لجميع الاطفال وفي جميع الاحوال وبه تعرف المشابهة بين المجموع الجلدي والغشاء المخاطي للحلق في الحساسية وقابلية التهيج ويثبت تلك المشابهة اثباتا واضحا ظهور الذبحة في ابتدآء بعض الامراض الجلدية او في سيرها

واللوزتان وان كانتا قليلتا النمو في الاطفال الصغار الا انهما قد يشاركان الاجزآء المجاورة لهما في الاحتقان فانهما كثيرا ما وجد عليهما في الرمة طبقة

من دم متصاعد على سطحهما

الفصل الثالث

فى التهابات هذه الاجزآء

سمى المؤلفون بالذبحة الحلقية والبلعومية واللوزية التهاب هذا الجزء من القناة الهضمية فادخلوا فى هذه الذبحة التهاب اللهاة والالتهاب اللوزى والبلعومى نعم يندر انفراد كل من تلك الالتهابات على حدته وانما الغالب استيلاء الالتهاب عليها مجتمعة او متتالية وقد سبق لنا الالتهاب الحنكى فى امراض اجزاء الفم وانه يكون اريتيماويا او مع تغير فى الافراز وبقى علينا هنا التهاب اللهاة والالتهاب اللوزى والبلعومى منفردا كل منها ومجتمعة وفى هذا الفصل اربعة مباحث

المبحث الاول

فى الالتهاب اللهوى

هذا الالتهاب وان دخل فى اجزآء الفم الا ان الاولى هنا ذكره فى الاجزآء الحلقية لغور وضع اللهاة وان كان الغالب حصول التهابها مع التهاب سقف الحنك واكثر من يصاب به الاطفال الصغار الدمويون واسبابه فيهم البرد الرطب وبرد الجسم عندما يكون عرقا والتغيرات الفجائية لدرجة الحرارة والرطوبة وادنى تأمل يكفى لمعرفته فيشاهد فى عمق الحلق الغشاء المخاطى للهاة وقوائمها احمر منتفخا والغلصمة مستطيلة معلقة نازلة على قاعدة اللسان ويشكو المرضى اذا كن اهلا للشكاية من الجفاف والالم والحرارة فى جميع هذه الاجزآء ويعسر عليهم ازدراد الاجسام السائلة وسيما اللعاب والنغمشة التى تنتج من ملامسة الغلصمة للسان تحرض حركات ازدراد مستدامة بل وغثيانا واحيانا سعالا ويضم لذلك الصوت الاغن ورجوع المشروبات من الحفر الانفية وتغير طعم الفم والطلاء المصفر على اللسان وبعد الايام الاول يحصل افراز مخاطى كثير فاذا شاركت اللوزتان اللهاة وقوائمها فى التهابها انتفختا وظهرت فيهما علامات الالتهاب الآتية فتغطيان بطبقة مخاطية سنجابية

او تنبذر عليهما تجمدات مبيضة دهنية والم الاجزاء الملتهبة يكون شديدا بحيث
يعسر على المريض ان يبعد فكيه ويخرج لسانه ليبحث فى حلقه وقد يتكون
صديد فى سمك اللهاة فاذا امكن مشاهدة هذا العضو شوهد متغير الشكل
ويزيد الصديد فى سمك احدى القوائم فيرفع الغشاء المخاطى للهاة قرب اسناخ
الاسنان الاخيرة وحينئذ ينفرز غالبا مخاط كثير ولعاب خيطى وكثيرا
ما تكفى هذه العلامة وعدم تباعد الفكين لتشخيص هذا الداء مع تكون الصديد
ومن النادر ان يصحب هذا الالتهاب عطش وحرارة جلد وتواتر نبض الا اذا
كان فى ابتدائه فاذا حصل ذلك عرضت قشعريرة وبعد بعض ساعات تزول
تلك الاعراض عادة ولا ترجع

والالتهاب اللهوى المزمن يبتدأ بقليل حرارة وجفاف فى الحلق وتالم عند
الازدراد ومنظر الغشاء الملتهب يكون اما بان ترتسم عليه فريعات
وريدية تختلف فى العدد والسعة واحيانا يكون احمر شديد الحمرة واحيانا يكون
مزرقا او يحتوى على بعض نكت مسمرة موضوعة غالبا على القوائم او يكون
لونه شديد القتامة فى جميع سعته واحيانا تنبذر فيه نقط حمر كانها
بثور صغيرة

ومدة الحاد يندران تكون طويلة والغالب الانتهاء بالتحلل اما من ذاته
او باستعانة الصناعة وقد ينتهى بالتقيح كما ذكرنا لكن ذلك نادر وفى تلك الحالة
قد تحصل الغنغرينا عقب ذلك وهذه هى حالة ثقيلة لانتهائها حينئذ غالبا
بالموت وينقل ايضا بمضاعفته بالتهاب اعضاء الهضم او اعضاء التنفس لكن
الخطر حينئذ ليس آتيا منه واما المزمن فمدته طويلة فى الغالب ويستعصى
على العلاج القانونى ثم بعد الموت قد لا يشاهد اثر للالتهاب فان الغشاء المخاطى
الذى كان احمر قبل الموت يصير بعده منتقع اللون او عديمه بالكلية فاذا
بقيت آثار الالتهاب شوهد احرار وانتفاخ او تقرح او تقيح او غنغرينا
او طبقة غشائية سنجابية مغطية للغشاء وتلك هى الصفة الواصفة للالتهاب
واما العلاج الخاص للالتهاب اللهوى فهو ان الخفيف يزول له عادة بنفسه

او بالوسائط

اوبالوسائط البسيطة كحمامات القدم البسيطة اوالخردلية الخفيفة وبترشيح
فم الطفل بالمرخيات العسلية الوردية الخلية التى قاعدتها مغلى الشعير
اوالخطمية وبالضمادات ولف العنق بالصوف وبالمشروبات المحللة فاذا كان
الالتهاب شديدا كانت تلك الوسائط وحدها غير كافية واضطر حينئذ لبعض
استفراغات دموية بنحو العلق فتوضع علقتان اوثلاث للصغير على حسب سن
الطفل وقوته وشدة الالتهاب على الجزء المقدم الجانبي من العنق ويكرر
زمنا فزمنا مادام الالتهاب مستدعيا له فاذا لم يحصل التخفيف بذلك سريعا
كان الغالب على الظن تكون صديد فى الاجزاء الملتهبة وربما اضطر فى المقدم
فى السن للفصد العام ثم وضع الضمادات على العنق خصوصا بعد وضع العلق
ايضا ويجتهد فى شغل الطفل والهائه ليقل صياحه ويسقى المشروبات المناسبة
المرخية والمسكنة واللعابية خصوصا ويرفع رأسه عند الاضطجاع وتكون
حرارة محله لطيفة ويجتهد ايضا فى تقليل حركاته العنيفة للازدراد والاندفاع
واتكن مشروباته قليلة السكرية والحرارة بل يصح ان تكون باردة اذا تحملها
المريض وذلك كله مع الحمية القاسية مدة دور الحدة فاذا ذهب هذا الدور ضم
للوسائط السابقة الحمامات الحارة الخردلية واذا كان الطفل متقدما فى السن
وضع له لزق من الخردل والخل على الساقين ولا بأس ايضا بالحقن المسهلة وشرب
المغليات الملينة اى المسهلة بلطف واذا اتى غرغرة الطفل فليغرغر بالغراغر
الحمضية وتصير قابضة فى آخر الداء وتركب من مطبوخات نباتية مضاف عليها
العسل المورد واذا كان هناك تولد طبقات غشائية اضيف على الغراغر
بعض نقط من الحمض الكبريتى ثم اذا اندفعت الاغشية تجعل الغراغر مخدرة
بان يوضع عليها شراب الخشخاش وسيأتى لذلك مزيد بيان فى الذبحة الغلاصمية
وربما استعمل المقيء فى ابتداء الداء وسيما اذا كان مصحوبا بالسدد المعدية
التى سماها بعضهم بالذبحة الصفراوية فاذا اريد توضيح النتائج الجيدة الحاصلة
من المقيء فى هذه الحالة التى فرضنا فيها ان المعدة متهيجة فيكون هذا الدواء
مضرا فنقول يظهر ان هذه الاعراض الصفراوية التى زعموها اعنى التلبكات

والتهيجات المعدية انما هى نتايج طبيعية للتهيج الموضعى الذى فى الفم فيتضح لنا ان الغثيان وتطلب القيء ناشئان من طول اللهاة وسقوطها على قاعدة اللسان وان الطعم الكريه فى الفم انما هو نتيجة التهيج الممتد لجميع الغشاء المخاطى المغشى لهذا التجويف وان الطلاء المصفر المغطى للسان انما هو نتيجة قريبة لهذا التهيج كما يكون نتيجة بالواسطة اذا كانت المعدة ملتهبة على اننا قد شاهدنا واكدنا ان هذه الاعراض لا يصحبها عطش ولا الم ولا حرارة فى القسم المعدى ولا تواتر فى النبض ولا زيادة فى الحرارة العامة مع ان هذه الظاهرات توجد يقينا اذا كانت المعدة متهيجة فقد اتضح لنا من ذلك منفعة الطرطير المقيء وعدم ضرره ولذلك يلزم ان لا يعطى هذا الدواء الا مع تحقق عدم وجود اعراض التهيج المعدى التى ذكرناها ويمنع تعاطيه ايضا للعصبيين والقابلين للتهيج والنحاف الضعفاء واما علاج المزمن فبالراحة وبقية الوسائط التى ذكرناها والغالب انه يكون عرض التهيج معدى فالعلاج حينئذ يتوجه لهذا الالتهاب ومن النافع له الاستحمامات المرخية المستطيلة المدة الخفيفة الحرارة وكذا الرياضة والتدبير الغذائى اللطيف ومع ذلك قد يضطر احيانا للغراغر القابضة ويظهر ان الغراغر التى يدخل فيها كبريتات الالومين او كلورور او كسيد الصوديوم اقوى فى النفع وقد نجح احيانا الكى السطحى بنترات الفضة بعض مرات وشفى بذلك الداء مع انه مكث مستعصيا على جميع الوسائط مدة اشهر

المبحث الثانى

فى الالتهاب اللوزى

التهاب اللوزتين يسمى عند المؤلفين بالذبحة اللوزية وهو كثير الحصول للاطفال لكن يظهر انه فى الاطفال الرضع اقل مما فى سن متقدم عن ذلك بخلافه فى البالغين فانه لا يصيب منهم الا اللينفاويين واكثر حصوله فى الربيع والخريف فلذلك انما ينسب للتغيرات الفجائية فى درجة الحرارة التى تحصل كثيرا فى هذين الفصلين وليس بنادر مشاهدته فى الشتاء زمن البرد الشديد ويكون سببه حينئذ

المرور من المساكن الكثيرة الحرارة الى الهوآء البارد الذى فى الخارج فاقوى اسبابه هو تأثير البرد خصوصا اذا كان الجسم حارا سواء اثر فى اليدين او الرجلين او المنكبين او العنق وكذلك الرطوبة عدت من اسبابه ومثلها الاغذية الحريفة وتنبه المعدة ثم تارة يظهر فجأة وتارة يبطئ ففى الحالة الاولى تحصل قشعريرة شديدة كما فى ابتدآء نوبة الحمى المتقطعة وتمكث قليلا ثم تبدل بحرارة قوية فى جميع الجسم ويتواتر النبض ويعرض للطفل عطش واعراض اخر معدية ومخية وتطول تلك المدة بعض ساعات او بعض ايام ويعقبها عرق وهبوط فى الاطراف ولا يستشعر المريض بألم ازدراد الريق والمشروبات الا بعد هذا الدور فاذا بحث فيه حينئذ وجد النبض ساكنا وحرارة الجلد طبيعية ولا يظهر من الطفل حالة عطش ولا وجع فى الرأس وانما يبقى معه غثيان وتغير فى الفم واللسان يغطى بطلاء اصفر ليمونى وتتدلدل اللهاة وتوجد احدى اللوزتين او كلاهما محمرة منتفخة وسير الداء من حينئذ يكون كما اذا ابتدأ يبطئ فيحصل للمريض عسر الازدراد وكأن فى حلقه جسما غريبا والتفاوي يخبر الطفل المميز بان الم الحلق اخذ فى الزيادة ويحرض عنده على الدوام حركات الازدراد ويأخذ هذا العرض فى الزيادة دائما واحيانا يصير غير ممكن ويزيد انتفاخ اللوزتين ويسيل من فمه مادة مخاطية لزجة خيطية لا تنفصل من عمق الحلق الا بعسر فاذا كانت اللوزتان منتفختين صار التنفس عسرا او يحصل للطفل زمنا فزمنا نوب اختناق ناشئة من تراكم مادة مخاطية فى الحلق تضيق ممر الهواء وربما استشعر بعظم هذه الغدد من الخارج بحيث يكون منهما تحت الجلد اورام مستديرة يابسة فاذا كان الالتهاب شديدا شارك العنق الاعضاء فيه فينتفخ ويكون لون الجلد فيه بعض وردية

ثم قد لا يمكن البحث فى باطن الحلق لتأكد درجة الالتهاب والانتفاخ فى اللوزتين وقد يشتد الالم بحيث لا يطيق المريض ان يوضع على لسانه جسم لاجل انخفاضه حتى يشاهد محل الدآء واحيانا آخر لا يمكن تباعد الفكين وانما يمكن ادخال اصبع حتى يذهب للوزتين لتحقق حالة انتفاخهما ويبوستهما

فاذا لم يوجد ذلك التعسر كما هو الغالب بحث الحلق فى ضوء شديد او بمساعدة ضوء صناعى بعد خفض اللسان بالاصبع او بملوق او ملعقة صغيرة فيشاهد عظم حجم اللوزتين وبحاوزتهما قوائم اللهاة من كل جهة وتقاربهما لبعضهما بسبب انتفاخهما بحيث يتلامسان احيانا ولا يتركان بينهما الا مسافة ضيقة واذا تدلدلت اللهاة ضيقتها ايضا ويوجد الغشاء المخاطى المغشى لهما احمر ويكون اولا جافا ثم فيما بعد يغطى غالبا بمادة مبيضة دهنية منتشرة على هيئة صفائح او على هيئة طبقة سنجابية غشائية سنتكلم عليها فى الذبحة الغلالية وقد لا تتكون تلك الطبقة وتبقى الغدد محمرة حمرة شديدة ويندر ان يكون الالتهاب مقصورا على اللوزتين وانما الغالب امتداده الى اللهاة وقوائمها بل الى بوق استاكيوس فلذلك يحس بالالم فى الاذن اذا ازدرد الطفل شيأ وتارة بعد جملة ايام من الالتهاب تجس الاعضاء بالاصبع فيستشعر بلينها بل قد يميز احيانا التموج فيها فيظهر الخراج برأس وينفتح عند فعل حركة عنيفة للازدراد او انقلاع النخامة او القىء او فى مدة النوم وتخرج منه كمية من الصديد قد تكون قليلة تعلن بها رائحتها والغالب ان القرحة لا تتظف الابطئ ولكن جدرانها تنضم ويتم الالتحام واحيانا يمتد الالتهاب الى جلد القسم تحت الفك وصديد الالتهاب يجتمع مع الصديد الآتى من المنسوج الخلوى الكثير فى هذا القسم فيخرج الى الخارج من هذا الطريق وفى بعض الاحوال التى من السعد ندرتها يظهر التهاب عظيم فيفصل الصديد سعة عظيمة من الجلد عن ما تحتها وينتشر فى طول الجذوع الوريدية والشريانية وينفذ فى الصدر فبسبب وجوده فيه عوارض التهابية سريعة الاهلاك وفى احوال اخر اذا ضغطت اللوزة بالاصبع خرج منها الصديد المحتوية عليه من فتحة تحصل فيها بنفسها

ويضم لتلك الاعراض الاعراض العامة اذا كان الالتهاب اللوزى شديدا كالحرارة وتندية الجلد وتلون الوجه تلونا قويا والسهر والعطش اللطيف والطلاء المبيض او المصفر على اللسان بدون احمرار طرفه ولا جانبيه وصلابة

النبض وامتلاؤه وتواتره واحمرار البول وحرقة خروجه وتارة يكون الجلد حارا جافا مع الم فى الرأس والقسم المعدى يتحرض بالضغط ومع عطش شديد واحمرار طرف اللسان وحوافيه وصغر النبض وزيادة تواتره ودوام الغشيان ومن المهم عدم اشتباه هاتين الحالتين ببعضهما فان اعراض الحالة الاولى تدل على تشارك القلب والاوعية الغليظة فى الالتهاب واعراض الحالة الثانية تدل على التهاب الغشاء المخاطى المعدى المعوى بحيث يوجد التهاب معدى معوى مصاحب للالتهاب اللوزى وينبغى تمييز هاتين الحالتين المرضيتين عن حالة ثالثة كثيرا ما تصاحب الالتهاب اللوزى وهى تعجن الفم والطعم الكريه ونتن النفس وكثرة تطلب القىء فان بعض الاطباء ظن ان هذه الاعراض اعراض تهيج معدى يلزم مقاومته مع انها اعراض موضعية خالصة لان تغير الطعم ونتانة النفس ناشئان من تغير المادة المخاطية الفمية بسبب التهاب الغشاء المخاطى المغطى للوزتين وسريان ذلك الالتهاب لبقية الفم فيكون ذلك الالتهاب مصحوبا بتغير فى الافراز وذلك التضاعف كثير الحصول للاطفال لكن وجود هذه الرائحة النتنة فى المولودين المصابين بهذا الدآء نادر واما الغشيان فعرض من التهاب اللهاة اومن ملامستها لقاعدة اللسان بل من هذين السببين معا والذى يدل على ان الالتهاب المعدى غريب عن احداث تلك الاعراض هو عدم تواتر النبض والحرارة الاعتيادية للجلد وسيما القسم المعدى وحساسية هذا الجزء والعطش ولو كان الغشيان عرضا لالتهاب المعدة هنا لصحبه عرض من هذه الاعراض ومعرفة ذلك امر مهم فى العلاج

ومدة سير هذه الاعراض سوآء الموضعية والعامة سريعة فى الغالب كثلاثة ايام او اربعة ويندر ان تطول الى الخمسة عشر وذلك انما يحصل اذا انتقل الدآء لحالة الازمان بل قد يجاوز هذه المدة وانتهاؤه الاعتيادى هو التحلل وقد ينتهى بالتقيح واحيانا بالتيبس ونادرا بالغنغرينا وسيما فى الاطفال الصغار فاذا تكرر حصوله انتهى بان يترك فى الغدة احتقانا عظيما وضخامة تعرض الغدة لتجدد الالتهاب فيها فيدوم تعب الطفل ويضطر للاستئصال واما انذار

هذا الداء فيندر ان يكون خطرا اذا وجد وحده مالم يتبعه بالغنغرينا او يصحبه فلغموني تحت الفك

والعلاج الخاص بالتهاب اللوزتين يكون بالعلق على العنق ويكرر مادام الالتهاب موجودا ويعان تأثيره بالحمامات القدمية المخردلة والضمادات المرخية حول العنق والغراغر من مغلى الشعير او اللبن الفاتر المحلى وبالمشروبات الحلوة اللعابية القليلة السكرية او الحمضية قليلا اذا لم تحرض السعال وبالمغليات الملينة اى المسهلة بلطف كالتمر هندى والخيار شنبر او بالحقن المسهلة اذا كان هناك امساك لكن في الغراغر خطر وهو انها مؤلمة في الابتداء ثم تزيد في الالتهاب بما تستدعيه من الحركات العنيفة وطول مكثها مدة ما في عمق الحلق غيران السائل الملطف المركبة منه يكون كحمام موضعي يحدث نتايج جليلة قال بليار او ظن ان من غير النافع اعطاء مقيئ للاطفال المصابين بالذبحة اللوزية لان معهم من قبل ذلك ميلا للتقايئ الذى يظهر انه يزيد في مرضهم ولا ينقصه وانما الاحسن مضادات الالتهاب وبعض الاطباء ذكر انه نجح معه وضع علقة او علقتين على نفس الغدة وانه لاجل التحرس من ازدراد هذه الحيوانات تنفذ في كل علقة قبل وضعها خيط يجعل طرفاه من الخارج غيران هذه الواسطة عسرة جدا على المريض بل وعلى الطبيب ويظهر ان منفعتها غير عظيمة حتى تقاوم هذين الخطرين واوصوا ايضا بتشريط الورم لكن ينبغى اعتبار ذلك من التوابع فلا يستعمل وحده وانما يكون مع الوسائط السابقة ومع ذلك لا يخلو عن منفعة وهى تقليل الالتهاب بسيلان الدم والغالب ان الالتهاب اللوزى البسيط ينقاد لهذه الوسائط اذا بودر باستعمالها بقوة لكن قد تكون ضعيفة المنفعة فاذا شوهد ذلك كان الغالب على الظن انتهاء الالتهاب بالتقيح فاذا كان لا بد من ذلك ينبغى تلطيف شدة الاعراض الموضعية بالوسائط السابقة وينتظر فتح الخراج من ذاته اذا لم يكن التعب شديدا فان كان الورم كبير الحجم وتعب المريض منه وتأخر فتحه عمل فيه شق يخرج منه الصديد بمشرط او مبضع كبير يلف عليه الى قرب سنه خرقة ثم يؤمر بعد ذلك بالغراغر اذا تيسر للطفل استعمالها

وبالجملة

وبالجملة تستعمل المنظفات باى وجه كان مع اضافة بعض نقط عليها من الحمض الكبريتيك اوالادروكاوريك اومن العسل المورد اوالخل وفيما بعد تصير قابضة بان تركب من ماء زهر الورد اوقشر الرمان اوالعفص مضافا عليه بعض قمحات من كبريتات الحديد اوالنحاس اوالاوكسيد الشبي والبوتاسة فاذا شوهد مع اعراض الداء اعراض التهاب القلب اوالمعدة عولج كل بما يناسبه فاذا شوهدت الاعراض الخاصة بشدة الالتهاب اللوزى اعنى التى جعلناها حالة ثالثة فيما سبق وهى التحجن ونتانة النفس وغير ذلك لزم الامر بالمقىء فانه سريع النتيجة فى ذلك لان الالتهاب يزول به فى يوم الاستعمال اوفى اليوم التالى ومن المعلوم ان ذلك قد لايمكن استعماله لبعض الاطفال واذا انتهى الالتهاب بالتيبس اوانتقل لحالة الازمان كان من الخطر على المريض ترك التدبير الغذآئى وتعرض القدمين لادنى برد فيكون الشخص معرضا لتجديد التهاب مؤلم متعب جدا يزيد ايضا فى انتفاخ الورم ولكن يمكن بالعلاج مع طول الزمن زوال الاحتقان بتكرار وضع العلق والغراغر المرخية والقابضة وبالمصرفات غيرانه اذا طال الزمن لم تنفع هذه الوسائط ويكون المريض معرضا للاختناق فلم يبق الاعملية الاستئصال وهى احدى عمليات اشار بها الجراحون هنا وهى الكى والشق والاستئصال والربط وازالة جزء من الورم اما الكى فقد ترك بالكلية لانه ان كان بالنار فزع للمريض ويحصل منه تقرح وتقرح الغدة سريع السير والفساد خصوصا فى الاطفال وان كان بنحو البوتاسة فهو بطيء الفعل فلذا يحتاج لاوضاع متعددة وذلك لايخلو عن خطر تجديد شدة الالتهاب والتقيح السريع السير كما علمت واما الشق اوالتشريط فهو وان نفع فى ازالة الانتفاخ الالتهابى الاان ضخامة الغدد لا ينفع فيها التشريط فلذلك هجر بالكلية ايضا واما الاستئصال فممكن واشار به سلسوس ومدحه الاان فيه تعسرا لعله لم يعرفه ولذلك هجر سابقا بالكلية ولكن اذا فعل الاستئصال بالاصبع كما اوصى بذلك سلسوس لم يعقبه نزيف متعب فاذا فعل فليكن بتلك الكيفية واما الربط فامر به كثيرون لاجل استئصال جزء من الورم لكن هجر ذلك الآن

وذلك انه ماعدا بطئ تأثير الخيط والآلام التى بسببها ينتج غالبا فى الاجزآء المجاورة له التهابا شديدا يتسبب عنه حالة مغمة من عسر التنفس والازدياد واما قطع جزء من الغدة فهى فى الحقيقة العملية المعقولة لضخامة الغدة وهى غير الاستئصال لان الاستئصال يعرض لاصابة الشريان السباتى الباطن الذى لم تنفصل عنه الغدة من الوحشية الا بالعضلة العاصرة العلوية للبلعوم وهى قليلة السمك وقد شاهد بكلار فى بلده حصول هذا العارض من جاهل اراد ان يستأصل الغدة بمشرط حاد فلما عرض النزيف قطع عمله ومات المريض من ذلك بسرعة وهرب هذا الجاهل ولما فتحت الرمة وجد المصاب هو السباتى الباطن ولقد حصل فى كيفية استئصال جزء الغدة والآلات اللازمة للعملية تنوعات كثيرة ولكن يكفى لذلك مشرط ذو زر وكلاب اما الكلاب المزدوج لموزوس المسمى بجفت موزوس واما كلاب مرچولين المزدوج الذى اخترعه لذلك وجعل فى يده دافعا مزدوج الطرف يمكن على حسب الاحوال تقريب الشعبتين او تبعيدهما عن بعضهما باسهل من جفت موزوس والمريض يجلس تجاه محل نير واذا كان طفلا صغيرا اخذه مساعد على ركبتيه والجراح يجلس امامه ويخفض قاعدة اللسان بسبابة يده اليسرى اذا كان العمل فى اللوزة اليمنى وبالعكس اذا كان العمل بالعكس ويمسك الآلة المعدة لمسك اللوزة باليد الاخرى سوآء كانت جفت موزوس او كلاب مرچولين ويشبكها فى اللوزة المريضة من الخلف ويجذبها بلطف الى الامام والانسية ثم يأخذ المشرط ذا الزر باليد التى كان مستعملا سبابتها لخفض اللسان ويوجهه على ظهر ذلك اللسان ويكون حده القاطع متجها الى الاعلى ثم يقطع به قطعا واحدا نحو الثلاثة الارباع السفلى للوزة على محاذاة قوائم اللهاة ويذهب به بدون ان يخرجه من الفم للجزء العلوى من الورم قاطعا به من اعلى الى اسفل اللسين المتعلق به فى الحلق ويخرج جزء الغدة المقطوع مع الآلات كلها ثم بعد العملية يسيل مقدار يسير من الدم وينقطع بنفسه ويعجل قطعه بالغراغر بالماء البارد او المخللة قليلا فاذا كانت الغدتان معا مصابتين عملت الثانية بعد الاولى حالا وبعضهم وضع بين القوسين

السفليين

السفلين لمنع انطباقهما مخروطا من خشب الخفاف له ميزاب علوى وميزاب سفلى لكن ذلك غير لازم وتلك العملية قد تتعسر فى الاطفال ولكن لا تنس ان اللوزة متى شبكت بالكلاب انقطع صياح الطفل وفعله حركات عنيفة لاجل طبق فمه فلا بد من التحرز من الحركات التى يفعلها هذا الصغير دائما فى هذه الحالة يصح لن يلف جسم الطفل واطرافه العليا بملاءة كما فعل ذلك دبويترن ويجلس بتلك الحالة على ركبتى المساعد ثم فى الايام الاول من بعد العملية يلازم المريض السرير المسخن قليلا ويوضع قطن فى اذنيه ويلف عنقه بمنديل مسخن ويغرغر اذا تيسر زمنا فزمنا بسائلات ملطفة ويغذى باغذية قليلة القوام وبالجملة يحترس عليه من الاصابة بالخناق او الذبحة والغالب ان الجرح يلتحم بعد ستة ايام او ثمانية وهناك عوارض تعرض مدة العملية او بعدها تكدر الجراح فمن الاوائل الغشيان والقىء والالم فالغشيان والقىء فى القابلين جدا للتهيج ربما يلزمان الجراح بتأخير العملية لوقت آخر وفى تلك الحالة يتأتى للبالغين التعود على الملامسة بوضع اصابعهم او اجسام غريبة فى داخل افواههم واما الاطفال الصغار فيعسر تعودهم على ذلك ولكن يظهر ان ذلك فيهم قليل واما الالم فليس عظيم شىء لان الذى يكابده المريض انما هو تعب لا الم حاد وقد يعرض بعد العملية التهاب البلعوم لكن ذلك لا يستدعى سوى العلاج المخصوص به واحيانا يصاب الجزء الباقى من اللوزة بسفاقلوس اى الاكلة كما شاهد ذلك مرجولين واما النزيف بعد العملية فقد يكون كثيرا لكن ذلك نادر ويعرض بعد جملة ايام من العملية ولكن خطره قليل

المبحث الثالث

فى الالتهاب البلعومى

يسمون هذا الالتهاب حقيقة بالذبحة البلعومية وبالذبحة الحلقية فهو التهاب الغشاء المخاطى المغشى للبلعوم وهو الجدير بان يسمى بالالتهاب البلعومى وان امتد فى الغالب للوزتين واللهاة وقوائمهما بل والحفر الانفية ويعسر جدا ان يحدد بالضبط الالتهاب فى جزء كذا او كذا من الاجزاء بحيث

تكون الاجزآء الاخر سليمة منه اى غير مشاركة له فى الالتهاب وكذا يعسر ايضا ان يعرف كون الالتهاب فى الجزء العلوى او السفلى من البلعوم كما فعل بعض المؤلفين وذكر لكل منهما علامات مخصوصة فاذن نجعل الالتهاب هنا عاما لجميع الاجزآء التى توجد فى عمق الفم ونصفه بالصفات الآتية

فمن اسبابه الكثيرة الحصول تأثير البرد وسيما الرطب على جزء من الجسم وسيما الاقدام وتعاطى الاغذية المنبهة وسيما للاطفال الصغار ومثلها المشروبات الشديدة الحرارة او البرودة والجسم عرقا والطفولية والمزاج الدموى مهيئان له وشوهد ملازمته لبعض الاندفاعات الاجزنتيماوية وتسلطنه تسلطنا وبائيا فى الازمنة التى فيها تغيرات فجائية لدرجة الحرارة ومن الاطفال من يكون موضوعا له فيظهر فيه مرات بدون ان يعلم سببه ولكن فى هذه الحالة يكتسب شكلا مزمنا

واعراضه لا تخرج عن الاعراض التى ذكرناها لالتهاب اللهاة وقوآئمها واللوزتين من الاحمرار وعسر الازدراد ولكن يعسر معرفة هذا الالتهاب فى المولودين لانهم كما قلنا يكونون حين الولادة فى حالة احتقان عام منظره يشبه الاحمرار الالتهابى ومع ذلك يصح فى هذه الحالة ان يستعان على تشخيصه بالاعتبارات الآتية وذلك ان احمرار الحلق والبلعوم فى الاطفال المولودين يعتبر كونه التهابيا اولا اذا جاوزت مدة هذا الاحمرار الزمن الاعتيادى لزوال الاحتقان الخلقى كعشرة ايام او اثنى عشر مثلا وثانيا اذا لم يكن ممتدا باستوآء على جميع اجزآء الحلق وانما كان شاغلا لمحال منعزلة عن بعضها وثالثا اذا وجد مع الاحمرار شئ من الاعراض التى ذكرناها سابقا للذبحة الحلقية ورابعا اذا وجد هذا الاحمرار فى زمن لا يكون فيه حالة طبيعية واما الالم الذى هو علامة فى الكبار لهذا الالتهاب فلا يعلم من الاطفال الرضع الامن ضجرهم وقت الازدراد واما التنفس فيكون سهلا مادام الالتهاب لم يستول على عضو من اعضائه بخلاف الازدراد فانه يأخذ فى العسر شيأ فشيأ بل قد يصير احيانا غير ممكن ولو للاجسام السائلة التى لا تحتاج بالنسبة للاغذية الجامدة الى

انقباض

انقباض عضلات البلعوم فتنقذف من الانف مع حركة سعال عنيفة وانتفاخ
الغشاء الملتهب لا يكون عظيما وانما اللهاة قد تكتسب حجما عظيما بحيث تستند
دائما على قاعدة اللسان فتحدث نغمشة يتسبب عنها حركات عنيفة مستدامة
شاقة للاندفاع والقئ وربما امتد الالتهاب لبوق اوستاكيوس فيحس المميز
بالم جهة الاذن واذا وصل الداء لتلك الحال صحبه حمى شديدة وعطش محرق
ثم فيما بعد يحصل عقب جفاف الحلق افراز كثير لمادة مخاطية خيطية لزجة
لا يحصل اندفاعها غالبا الا بعد حركات عنيفة مصحوبة بغثيان وفى بعض
الاشخاص يبقى الالتهاب سطحيا فيكون التهابا اريثيماويا فى الغشاء البلعومى
الحنكى وفى بعض اخر يلتهب المنسوج الخلوى الذى تحت الغشاء المخاطى
وتكتسب الاعراض حينئذ درجة عالية ويعلم منها العلامات الخاصة بالتهاب
المنسوج الخلوى وحينئذ ينتهى الداء غالبا بالتقيح ويندر ان تمتد الذبحة الحلقية
زيادة عن اسبوعين والغالب ان يشاهد نقص الاعراض بعد سبعة ايام اوثمانية
بل ربما ذهبت بالكلية والغالب انتهاء الداء بالتحلل ومتى شفى منه طفل كان قابلا
للعود له مرات اخرى وفى كل مرة تقل سهولته للتحلل ويكتسب حينئذ شكلا
مزمنا فتبقى الاعضاء حافظة لزيادة حجمها ويعسر رجوعها لحجمها الاول ويندر
الانتهاء بالغنغرينا بل ربما لم يشاهد ذلك فى الاطفال فلا توجد فيهم الرائحة
النتنة التى تعلن بها فى الكبار وقد ينتهى بالازمان وترجع اعراضه الى تعب
اعتيادى فى الازدراد مع الم خفيف فى الفم الخلفى والاجزاء القريبة له وجفاف
اوزيادة افراز فى الغشاء المريض واذا وصل لتلك الحالة كان مصحوبا فى الغالب
بالتهاب عميق مزمن فى المعدة اوالرئة مثلا فنقل الداء حينئذ ليس من نفسه
وانما هو من المصاحب له واذا انتهى بالتقيح وذلك نادر كان المعان به قشعريرة
غير منتظمة ويحس بحركة وخز فى جزء من الغشاء الملتهب ثم يظهر تحت الغشاء
المخاطى اوتحت الجلد ورم رخو متموج يتعب التنفس والازدراد وينبغى
المبادرة بفتح هذا الخراج حذرا من خطر فتحه من ذاته ولنختم ذلك قبل ذكر
العلاج بمشاهدات ذكرها بليار تؤخذ منها اعراض الالتهابات الحلقية

بالتفصيل فى الاطفال الرضع فالمشاهدة الاولى هى ان طفلا عمره عشرة ايام دخل المارستان فى الخامس والعشرين من ميه وكان حصل له اضطراب كبير فى الليلة السابقة وقاء مرات كثيرة وذكرت مرضعته انه مريض وانه كثيرا ما كان يترك الثدى ويصيح ويتقايا اللبن الذى يشربه بعد زمن يسير واحيانا يعسر عليه الازدراد ويحرك اطرافه العليا تحركا تشنجيا وكان صياحه طبيعيا قويا ولم يكن معه حمى فامر له بمنقوع الزيزفون المحلى بالسكر مع نصف درهم من شراب دياقوردا اى شراب الخشخاش لاوقيتين من المنقوع المذكور وغذى باللبن الممزوج وفى اليوم التالى بحث الطبيب بارون فى فمه فرأى كلا من قاعدة اللسان واللهاة وعمق الحلق شديد الاحمرار فكان ذلك حاملا له على ظن ان المريض مصاب بالذبحة البلعومية وبعد ذلك حصل للطفل هدو وانقطع عنه القيء وصارت الموكلة به تسقيه مع الاحتراس وبقى الطفل فى بيت المرضى زمنا ما بدون ان تظهر فيه اعراض عظيمة الاهتمام وفى الثامن والعشرين من الشهر اصيب برمد صديدى خفيف لم يمكث الا بعض ايام وفى اليوم السادس من الشهر التالى الذى هو جوين ظهر الموجيت على حوافى اللسان وزال بسرعة غيران عسر الازدراد لم يزل موجودا بحيث كان لا يسقى الا مع الاحتراس وكان النبض طبيعيا وحرارة الجلد اعتيادية وكانت ادويته مغلى الشعير المحلى والغرغرة المليِّنة واللبن الممزوج ثم فى اليوم الرابع عشر من جوين شوهد ان الطفل انحل وصار منتقع اللون وحصل فى وجهه ارتشاح قليل وكان عرض له منذ ايام اسهال كثير من مادة صفراء سائلة وبقيت تلك الحالة الى العشرين من الشهر التالى اعنى جوليت فمات فيه فلما فتحت جثته فى اليوم التالى شوهد احمرار شديد جدا مع انتفاخ محسوس جدا فى البلعوم وكان المنسوج الخلوى المحيط به مرتشحا بمصل لمونى كثير والمرىء والمعدة سليمين وشوهد فى نهاية اللفائفى بعض صفائر جرابية محتقنة قليلا وفى آخر قولون تلون مزرق ووجدت الكبد مسمرة قاتمة ومملوءة بدم اسود سائل ووجد احتقان قوى فى الرئتين وبعض خطوط حمر على الوجه الباطن للشعب والقصبة الرئوية

وكانت الحفر الانفية شديدة الوردية مملوءة بدم متصاعد عن قريب من سطحها ولم يكن في المخ شيء عظيم الاهتمام

فموت هذا الطفل كان يقينا من التهاب قولوني حز من سوى اصابته بالتهاب البلعوم الذي اعراضه كانت في غاية الوضوح مدة الحياة ولننبه على ان صياح هذا الطفل لم يحصل فيه تغير وانما كان الازدراد فقط شاقا عنيفا واما عدم وجود الاعراض الحمية التي تصحب في البالغين الذبحة البلعومية فذلك ناشيء من سن المريض ففي هذه المشاهدة كانت اللهاة والبلعوم هما مجلس الالتهاب واما المشاهدة الآتية فالالتهاب فيها مقصور فقط على جدران البلعوم

وهي ان طفلا عمره سبعة ايام دخل المارستان في السادس والعشرين من جنفيير لاجل موجيت في الفم بدون ان يكون معه عرض ثقيل غير ذلك فامر له بشراب الصمغ وغرغرة مرخية ولبن ممزوج ثم في اليوم الاول من فوريير زال الموجيت غير ان الطفل كان يصيح كثيرا وينام قليلا وصار يهزل بدون ان يكون معه اسهال وعند ما يشرب لبنا اومغليا يتقياه حالا واما الازدراد فليس فيه عظيم اهتمام ولم يكن بطنه منتفخا ولامتألما وفي الخامس من فوريير كثر تجدد القيء وصار يحصل بعد ازدراد الاشربة حالا وكانت اللهاة سليمة واللسان فيه بعض احمرار والطفل صار منتقع اللون مترشحا بالمصل وصارت اطرافه السفلى بالاكثر متيبسة اوذيماوية فاعطى له حينئذ مطبوخ الارز المحلى واللبن الممزوج وفي اليوم التالي انتفخ البطن وعرض له اسهال كثير وحصل الموت في الثاني عشر من فوريير

ولما فتحت جثته وجد اللسان شديد الحمرة واللهاة سليمة واما الغشاء المخاطي للبلعوم فكان احمر شديد الحمرة جدا ومغطى بكمية عظيمة من مخاط زبدي شديد الالتصاق ولم يبتدأ زوال هذا الاحمرار الشديد الامن ابتداء المريء الذي غشاؤه كان ورديا خفيفا وكانت المعدة في غاية السلامة وليست محتوية الا على بعض مخاطية خيطية والقسم اللفائفي الاعوري من المعا الدقيق وجد فيه احمرار مستو يشاهد في محاذاته تصعد دموي ووجد المعا الغليظ سليما

والرئتان مفرقعتين جيدا والقلب محتويا على قليل دم والقناة الشريانية منسدة وثقب بوتال لم يزل مفتوحا وجيوب قاعدة الجمجمة محتقنة بالدم ولب المخ ورديا ووجد فى البطينان بعض مصل

فهذه المشاهدة نتيجتها ثانوية لانه لم يكن مع الالتهاب الشديد فى البلعوم الا القىء بعد الازدراد حالا فهو الذى يدل على مجانس الداء وطبيعته قال بليار ومع ذلك اظن انه يلزم ذكره هنا الان الحوادث تتضح لنا من المشاهدات ولو بادنى صفاتها ففى تلك المشاهدات لم نر الا احوالا من الالتهاب الاريثماوى للبلعوم فقط وسيأتى لنا فى الذبحة الغلالية مثال لالتهاب اللهاة واللوزتين والبلعوم مع تغير فى الافراز

العلاج * هذا الداء المسمى ايضا بالحلاق كغراب وبالحولق ينقاد غالبا للغراغر اللعابية او القليلة القبض ولوضع الضمادات المرخية حول العنق وللاستحمامات القدمية المهيجة واذا كان مرتبطا بتلبك معدى عولج بعلاج هذا الالتهاب فاذا كان شديدا اضطر لوضع العلق على جوانب العنق ويكون عدده على حسب شدة الداء وقوة المريض فاذا كان زائد الشدة والطفل متقدما فى السن اضطر للفصد العام ثم العلق والمحاجم على جوانب العنق والفقرات الخرزية ثم المحولات القوية وبالجملة اذا ابتدأ الداء قويا لزم المبادرة باستعمال مضادات الالتهاب القوية على حسب سن المريض ويكون وضعه بحيث يمتنع الدم عن تراكمه ووقوفه فى الرأس وذكروا من الوسائط القوية للالتهابات العميقة فى الحلق وان كانت قليلة الاستعمال الاستحمامات الفاترة التى درجة حرارتها من عشرين الى ست وعشرين درجة وتطول مدتها خمس ساعات فى كل مرة ويغمر المريض فيها الى اعلى عنقه فاذا لم يتيسر هذا المكث الطويل كررت الاستحمامات ووزعت على النهار حتى تصير مدة كل حمام نحو ساعتين وقد يتفق زيادة الالم بالغراغر بسبب حركات الانقباض التى تفعلها تلك الاعضاء فيلزم تركها حينئذ وانما يوضع فقط فى فم المريض سائلات لعابية لطيفة الحرارة بدون ان تكون على صورة مضمضة وعند القائها يميل رأسه الى قدام فتسيل

وحدها

وحدها فينال بذلك حمام موضعي يمكن تكراره بالاختيار ومن المهم البحث
كل يوم في اقصى الحلق فاذا شوهد اثر خراج في محل تما من سقف الحنك او البلعوم
واستشعر فيه بالتموج لزم المبادرة بفتحه بسن مشرط او مبضع يلف على حده
الى قرب سنه خرقة ثم بعد فتح الخراج تستعمل الغراغر المرخية اولا ثم تصير
قابضة شيأ فشيأ كلما نقص الالتهاب فاذا انتهى الداء بالغنغرينا وذلك نادر
في الاطفال لزم مراعاة الوسائط المخصوصة بتلطيف نتائج وجود السائلات
وامتصاصها والتصعدات النتنة التي تخرج من الاجزاء المتغنغرة فلذلك
تستعمل المشروبات المرة ومطبوخ قشور البلوط والكينكينا والحوامض
النباتية او المعدنية وكلورور الصود او الكلس مخلوطا بالغراغر ويمس سطح
الخشكريشات والاجزاء المحيطة بها باسفنجة اوقلم رسم مبتل ذلك بمخلوط من
الحمض ادروكلوريك والعسل او بمحلول نترات الفضة في الماء المقطر كثمان
قمحات اوثنتي عشرة في اوقية من ذلك الماء او بالحجر الفضي المبري نفسه لاجل
المبادرة بسقوط الخشكريشة وتحديد تقدم الغنغرينا ثم اذا صار الداء
مجرد التهاب بسيط عولج بالمعالجة المناسبة له فاذا ذهبت شدته ومع ذلك
طالت مدته بان زاد على ثمانية ايام او عشرة لم يكن احسن بعد استعمال
مضادات الالتهاب من الحراريق في محال مختلفة من العنق كعلى القفا
اذا كان فيه بعض حدة وعلى الاجزاء الجانبية بل ومقدم العنق اذا قارب الالم
العدم ولم يبق الا شبه احتقان في المنسوجات وذكروا اذا انتقل الى الازمان
او ابتدأ بتلك الحالة وبقيت الغلصمة كبيرة الحجم مستطيلة انه ينيل نجاح
من استعمال الكي الخفيف للاجزاء المريضة اما بنفس الحجر الفضي او بمحلوله
في الماء فاذا لم يكف ذلك ربما احتيج لقطع اللوزتين او الغلصمة ومما ينفع في حالة
ازمان هذا الداء استعمال ملابس الصوف على الجلد والدلك الجاف او العطري
والمصرفات المستطيلة المدة ولف العنق بمناديل من صوف الفلانيل فاذا كان
هذا المزمن مرتبطا بحالة مرضية في اعضاء اخر لزم علاج تلك الحالة الاصلية
فيزول الداء بذلك

المبحث الرابع
فى الذبحة الغلالية اوالغشائية

هى معروفة قديما عند كثير من الامم باسماء مختلفة كالذبحة الوبائية والخناقية والخبيثة والغنغرينية والوجع الحلقى الغنغرينى وسماها عن قريب بريطونوس دفتيريت اى الالتهاب الغلالى اوالغشائى وسماها جرسان بالذبحة الغلالية والغشائية على حسب الطبيعة الخاصة والتغير المرضى وكانوا سابقا يظنون ان هذه الذبحة من طبيعة غنغرينية لانهم ظنوا ان الصفحات الغشائية السنجابية المحدودة المصاحبة لنتن النفس قروح غنغرينية واعتبروا الاهداب الغشائية التى تنفصل منها خشكريشات لتلك القروح وماظهر خطأ هذا الظن الاعن قريب بواسطة ابحاث بريطونوس وبعده جرسان فانبتا ان هذه الذبحة الغشائية من طبيعة الداء المسمى كروب وسيأتى لنا شرحه وان هذين الداءين وان علم اتحادهما الآن فى الطبيعة الا انهما ليسا آفة واحدة وليس احدهما هو الدرجة العليا للآخر كما زعم ذلك بريطونوس وايدرأيه بما سيذكر وذلك لان هذه الذبحة اذا امتدت للحنجرة تولد منها جميع الاعراض الواصفة للكروب وانه لايشاهد الكروب غالبا بدون ان يوجد معه اغشية كاذبة فى البلعوم وان التجمدات الغشائية المقذوفة من المريض فى الكروب توجد فيها نفس الصفات التشريحية والكيماوية التى فى الاغشية الكاذبة المغشية للبلعوم فى الذبحة الغشائية وانه يوجد احيانا فى الجثة الرمية غشاء كاذب فى الفم الحلقى متصل بالغشاء الكاذب للطرق الهوائية فذلك كله يثبت ان هذين الداءين من طبيعة واحدة وانهما يوجدان معا غالبا لكن من حيث ان عندنا امورا واقعية هى وان كانت قليلة يقينا الا انها تدل على ان كلا من هاتين الآفتين قد يوجد منعزلا عن الآخر وان كلا يشغل محلا غير مايشغله الآخر ويكدر وظيفة غير ما يكدره الآخر ويبتدأ باعراض مخصوصة غير ما يبتدأ به الآخر فيكون من الواضح اعتبارهما مرضين مختلفين فلو اعتبر تساويهما وجعلهما شيأ واحدا لزم بالنظير ان لايحتاج لدراسة الالتهاب

المعدى والاثنى عشرى والمعوى والقولونى كل منهما على حدته لانهما كلاهما من طبيعة واحدة ويمكن ان توجد كلاهما معا فى شخص واحد مع ان هذا لا يصح نخرجنا من ذلك على انهما مرضان متغايران باعتبار المجلس فاذا قلنا انهما من طبيعة واحدة كان معناه ان تلك الطبيعة التهابية فيها تولد اغشية اذ لا يجهل احد ان الكروب من طبيعة التهابية وانما نقول ايضا ان هذا الالتهاب يختلف عن الالتهابات الاعتيادية لان هذه لا تنتج غالبا اغشية كاذبة فما السبب لهذه الخاصة الواصفة لالالتهاب الذى نحن بصدده ولاى شئ يصحب العمل الالتهابى هنا تكون اغشية كاذبة قالوا ان ذلك ناشئ من طبيعة الاسباب الخاصة التى يفرض احداثها للداء لكن نقول اولا هذه الاسباب غير معروفة اذ يبعد اثبات وجود سبب خاص فى الحقيقة للذبحة الغشائية وثانيا ثبت بالمشاهدة ان هنالك فاعلات كثيرة مختلفة تنتج مثل هذه النتيجة فالتوضيح المذكور غير مفيد وسنرجع لذلك قريبا فاذا حولت للمسألة بوجه آخر وقيل فيها ان من المحقق ان الذبحة الغشائية انما هى الذبحة اللوزية البلعومية الاعتيادية التى اشتد فيها عرض اعتيادى لازم لها من اعراضها نقول لا يلزم حينئذ ان يبحث عن طبيعة هذا الدآء المخصوص وانما يبحث عن سبب الخاصة التى فى هذا الداء المعروف فرجع الحال بذلك الى مسئلة غويصة تحتاج للتفتيش والبيان فلنذكر اولا العلل التى ذكروها فى هذه المسألة قالوا ليس هنالك فرق ذاتى بين الذبحة الغشائية والالتهاب اللوزى والبلعومى الاعتياديين فان اسبابهما واحدة لانها كلها تظهر بالاكثر فى الربيع ومن تأثير البرد والحرارة الرطبة واعراضها الرئيسة واحدة لان فى كل منها تشاهد الحرارة والم الحلق وعسر الازدراد والاحمرار والانتفاخ فى اللوزتين واللهاة والغشاء المخاطى البلعومى ومعالجتها واحدة لان المعالجة المضادة للالتهاب تناسب بالاكثر الذبحة الغشائية كما تناسب ايضا الالتهاب اللوزى والبلعومى فكيف ينكر الاتحاد لطبيعة هذه الآفة والكروب ثم قالوا ان نهاية ما يمكن بينهما من الفرق لاجل فصلهما عن بعضهما هو وجود تجمدات غشائية فى احدهما

وعدم ذلك فى الآخر مع ان هذه الاغشية الكاذبة تغشى اللوزتين والبلعوم
بعد تأثير الحوامض المركزة وتغطى القروح الناتجة من افراط استعمال الزيبق
وتظهر على القروح الزهرية التى فى تلك الاعضاء فاذن لا تنسب هذه الاغشية
للذبحة الغشائية فقط ولا يصح ان تعد صفة من صفاتها وزيادة على ذلك انه يوجد
قليل من الالتهاب اللوزى والبلعومى فى الفصول الرطبة مع الاطفال والنساء
مع ان الغالب ظهور الذبحة الغشائية مع هذه الاشخاص فى هذه الفصول
ويقل ان يوجد من تلك الآفات ما لا يكون مصحوبا بصفحات غشائية
تختلف فى العدد والسعة فهذا العرض ينسب لها ايضا كما ينسب للذبحة
الغشائية ويكون الفرق بين الحالتين انما هو الشدة وحدها ونظير ذلك آفات
اخر فتلا على حسب درجة شدة الالتهاب البلوراوى والاسباب التى قد تخفى
علينا احيانا تارة تنقط البلورا بنقط حمر وتبقى جافة وتارة تفرز مصلا صافيا
واحيانا اخر ندفا ليفية متلونة تسبح فى وسط السائل الذى يمطر من سطحها
واحيانا اخر ينصب فى تجويفها صديدا او ينتشر عليها بحيث يتكون منه
فيما بعد اغشية كاذبة ومع ذلك لا يمكن ان تجعل كل حالة من تلك الاحوال
التشريحية المرضية المنسوبة لمرض واحد آفة مخصوصة ولا يصح قياسا
على الحالة التى نحن بصددها ان نخترع للبلورا مرضا غشائيا او غلاليا
لان هذه الانخرامات المختلفة لم نشاهد الا بعد الموت وكانت اعراضها فى الحياة
واحدة فنلتزم ان نجعلها نتايج لحالة واحدة مرضية ونظير ذلك الذبحة الغشائية
اذا لم يساعدنا النظر على تتبع ظهورها ومراعاة تنوعاتها الظاهرة فلا يعلم
الا نوع واحد من الذبحة كما انه لا يعلم الا نوع واحد من الالتهاب البلوراوى
فلنفرض ان البلورا صارت محسوسة بالبصر وانك اخترعت لها اسما
كبلوراوى مائى وصديدى وغشائى وغير ذلك اليست الذبحة الغشائية الا صنفا
من الذبحة الاعتيادية هو اللوزى البلعومى للفصول الرطبة فى الاطفال
والاشخاص الذين فيهم الافراز المخاطى كثير ومستنتجات الافراز فيها استعداد
زائد لان تصير آلية فهذه هى الدلائل التى تمسك بها كثير من الاطباء لاثبات

ان

ان الذبحة الغشائية هى نفس الالتهاب البلعومى واللوزى الاعتياديين ولا تختلف عنهما الا بحالة تشريحية مرضية يقل الاهتمام بها ولا تخفى قوة هذه الدلائل مع انها عندنا غير مقنعة اذ المشاهدة تضعف قوتها فانه اذا شوهدت الذبحة الغشائية مرات كثيرة عرف انها مرض اخر غير الذبحة البلعومية واللوزية واذا كان هناك مشابهات بل وصفات عامة تستدعى اختلاط هذه الامراض ببعضها كان هناك ايضا فروق رئيسة تستدعى فصلها عن بعضها ولا حاجة لان نذكر تلك الفروق هنا لانها تظهر بالطبيعة من الشرح الذى نذكره لهذه الذبحة الغشائية

الاسباب * هى فى الاطفال كاسباب الموجبت لى الالتهاب القمى الغلالى فيندر حصول هذه الذبحة بحالة وقدية والغالب اصابة هذا الداء جملة اطفال فى ان واحد وتسلطنه تسلطنا وبائيا وربما ثبت امكان انتقاله بالعدوى وتلك اول الخواص المميزة له عن الذبحة الاعتيادية ويشاهد فى جميع البلاد وجميع الفصول ومع ذلك يكثر حصوله فى الاماكن المعتدلة والاقاليم الرطبة ويظهر ان الشرط الرئيس لظهوره هو البرد الرطب ولذا كان اكثر ظهوره فى الربيع ويصيب الاشخاص فى سن الطفولية اكثر من بقية الاسنان بل يندر اصابته للبالغين واندر من ذلك للشيوخ ثم تارة يظهر فى اطفال عائلة واحدة او اطفال مكتب واحد ويهلكهم بدون ان يخرج من مكانهم لغيرهم وتارة يسعى اتلافه للقبيلة كلها كغيره من الداآت الوبائية المبهمة وذلك هو ما يعلم من اسبابه

الاعراض * يظهر هذا الداء غالبا ظهور المخادع واعراضه الاول تكون مقصورة على بعض حرارة فى الحلق وتعب يسير فى الازدراد وليس شئ من ذلك يدل على حدوث هذه الآفة الثقيلة وذلك عكس ما يظهر فى الكبار البالغين غالبا فانه يبتدأ فيهم بالحفر الانفية ثم يسعى الى البلعوم والحنجرة وبعد ذلك يشكو الطفل بحالة روماتزمية فى العنق بحيث يميله الى الامام او احد الجانبين وبحرارة والم شديد فى البلعوم واذا بحث فى الطفل مع غاية الانتباه شوهد العنق منتفخا والعقد العنقية والابطية محتقنة والوجه متورما والاعين دامعة واذا

بحث فى تجويف الفم شوهد فى قاعدة اللسان واللهاة والغلصمة التى هى فى الغالب منتفخة احرار تختلف شدته من الوردى الكالح الى الاحمر القرمزى القانى ولكن الغالب ان يكون قليل الشدة ولا يكون شديدا الا اذا صحب الذبحة حصبة او قرمزية فالذبحة الغشائية الى ذلك الوقت لم تختلف عن الالتهابات الحلقية الاعتيادية ومن بعد ذلك تتصف بالصفات الخاصة بها ويندر فى هذا الدوران تجتمع الاعراض العامة مع الاعراض التى ذكرناها وقد يوجد معها عطش وغثيان بل وقىء وشدة حرارة فى جميع سطح الجسم وتواتر فى النبض

واما الدور الثانى فهو ان يشاهد بعد ذلك حالا على اللوزتين واللهاة والبلعوم فى آن واحد او على التعاقب صفحات غير منتظمة منظرها ابيض مصفر وقوامها كالشحم الجامد تعظم ثم تتلامس وتختلط فتشغل سعة عظيمة فاحيانا تكون مقصورة على البلعوم واللوزتين وتارة تحتوى على تلك الاجزاء والحفر الانفية وفى تلك الحالة يكون الابتداء غالبا من تلك الحفر ويسعى منها الى الاجزاء المذكورة وقد يتفق ان يمتد الغشاء الكاذب للحنجرة والقصبة ولكن حينئذ يضاف على ذلك الداء داء آخر هو المسمى بالكروب وسيأتى لنا شرحه فى امراض اعضاء التنفس

وعند ظهور الاغشية الكاذبة تبتدأ جملة اعراض اخر فى الظهور فيصير الازدراد عسرا بل زائد التعسر مع كون التألم ليست شدته بقدر تعب الازدراد فالسائلات تندفع من الخياشيم ويخن المريض ويسعل ولا سيما عند الشرب ومنهم من يقذف من خياشيمه سائلا مصفرا او مدمما رائحته مغثية تقرب من رائحة المنى وقد تتقذف احيانا اهداب من الاغشية الكاذبة مسودة بالدم فتشبه حينئذ الخشكريشات ولكن يتولد بدلها من التصعدات سريعا اغشية كاذبة جديدة ويتكرر ذلك مرات كثيرة بحيث يتعجب من كثرة مقدار تلك الاغشية التى يقذفها المريض وفى بعض الاحوال يتقذف من المرضى اسطوانات تامة من تلك الاغشية الكاذبة واما اللثة والشفتان فكثيرا

ما تكون دامية واما الرائحة النتنة فلا تتصاعد بالاكثر الا من فم معظم الكبار البالغين وهي التي حملت القدماء على الخطا الذي ذكرناه عنهم في ظنهم ان هذا الداء من طبيعة غنغرينية ولكن الغالب ان لا تشم هذه الرائحة من الاطفال الصغار ويحصل مع هذه الاعراض اضطراب وقلق وتهديد بالاختناق واحيانا نعاس واحيانا اخر رعاف يتحرض من اهتزازات السعال وتحصل زيادة في حرارة الجلد وتواتر قوي في النبض لكن في الغالب اقل مما يستدعيه ثقل الداء فاذا امتد الغشاء الكاذب الى الحنجرة ظهرت جميع عوارض الداء المسمى كروب فيصير التنفس حينئذ صفيريا ويكتسب الصوت والسعال الصفة الكروبية وينقلب الرأس الى الخلف ويشتد القلق ويغطي الجلد بعرق بارد لزج وتموت المرضى في نوبة اختناق او في حالة شبيهة بالاسفكسيا (انظر شرح الكروب فيما يأتي) ومن السعد ان هذه العوارض نادرة اذا كانت الذبحة وفدية وانما يبقى الداء مقصورا في الغالب على البلعوم واللوزتين ولكن اذا تسلطن الداء تسلطنا وبائيا امتد للاعضاء الاخر المذكورة ويكون في تلك الحالة خطرا واما الاعراض المخية فلا تظهر في هذا الداء على سبيل الاشتراك فاذا عرض على سبيل الندرة هذيان وحركات تشنجية ونحو ذلك فذلك انما هو لعروض التهاب مخي ضاعف الداء

فاذا اراد الله انتهاء الداء انتهاء حميدا لم يلبث الحال قليلا حتى يتندى البلعوم بمادة مخاطية زبدية صافية واحيانا بلعاب مدمم وتعظم الدائرة الحمراء المحيطة بالاغشية الكاذبة وتنفصل تلك الاغشية اهدابا وتتقذف بالسعال او القيء او يظهر كانها امتصت تدريجا او تنبري فتصير شفافة كالخرق الرقيقة المهلهلة النسج فيشاهد من ورائها الغشاء المخاطي وينتهي حالها بان تزول بالكلية وينكشف الغشاء من خلفها بلون اكثر وردية منه عند ابتداء الداء غير ان هذا اللون يزول سريعا وينقص حجم اللوزتين والغلصمة احيانا وكانها انقبضت على نفسها كذا قال جرسان

ثم ان الاعراض الاشتراكية يختلف ظهورها باختلاف قوى المرضى

والاحوال الصحية المغمورين فيها فالاقوياء الدمويون الممتلئون الذين يتغذون تغذية جيدة ويسكنون فى محال سليمة تكون فيهم تلك الاعراض قوية الشدة مضافة على شدة الاعراض الموضعية فالنبض يكون ممتلئا صلبا متواترا وحرارة الجلد شديدة واما الذين فى احوال عكس الاحوال الاول وسيما الاطفال الذين ضعفوا جدا بامراض سابقة واقاموا بالمارستانات مدة طويلة فلا تتضح فيهم تلك الاعراض بل كثيرا ما تكون الاعراض الموضعية فيهم قليلة الظهور جدا مع ان الفساد المادى فيهم ثقيل كما فى الحالة السابقة ولكن يكاد الحلق فيهم ان لا يكون مؤلما ويكون الازدراد قليل الاتعاب والسعال نادرا مع ان معهم غشاء كاذبا عظيم السعة ونبضهم قليل التواتر بل عديمه بالكلية وحرارة جسمهم طبيعية فاذا نظرنا الى شرح هاتين الحالتين المنسوبتين لمرض واحد ربما ظهر من اول وهلة انهما آفتان مختلفتان وهذا ما وقع لبعض الاطباء فجعل لهذا الداء صنفين احدهما قوى منسوب للقوة والثانى ضعفى ونحن لا نقول بذلك لان من الواضح ان الداء فى الحالين بقى واحدا وانما اختلف المصابون به والداء وان كانت واحدة الا انها تتنوع باعتبار المزاج والاحوال الصحية المتعلقة بالاشخاص ويلزم ان يراعى الطبيب ذلك نظرا لتنوع العلاج بحسبه

وهنا شكل آخر للذبحة الغشائية ظن جرسان انه يلزم ان يسمى باسم خاص وهو الذبحة الهلامية او الجبنية وقال انه يختلف عن الاشكال السابقة لان له صفات تميزه عنها ففى الابتداء يكون احمرار البلعوم شديدا وانتفاخ اللوزتين كبيرا والازدراد متعبا جدا ثم فى اليوم التالى او بعد الظهور بايام قلائل تغطى القائمة المقدمة للهلة واللوزتان والبلعوم بندف من مادة هلامية سنجابية او مصفرة او بيضاء جبنية وتجمع كتلا او قشورا رخوة يسهل ازالتها وشقها بجسم صلب وتتجدد بسرعة وتمتد غالبا الى المرئ ولكن لا تمتد اصلا للحنجرة ولا للقصبة ولا تتفصل اهدابا كالاغشية الكاذبة للذبحة الغشائية فنشاهد ان الصفات التى يخالف هذا الشكل بها غيره او اهمها مأخوذة

من

من الشكل والهيئة التى حصلت فى المادة المخاطية عند تجمدها وسنذكر حالة ذلك فى الاعتبار وهذا الشكل يصاحب غالبا القرمزية ويشاهد ايضا منعزلا عن غيره من الآفات فتارة يتسلطن تسلطنا وبائيا وتارة يظهر وفديا ولا يكون ثقيلا اصلا

والذبحة الغشائية الحقيقية تكون فى الغالب خطرة فتهلك اذا تسلطنت تسلطنا وبائيا وقل من يسلم منها اذا امتدت للحنجرة واصابت اطفالا ضعافا ردئ التغذية انتهكوا بآفات سابقة وفى غير ذلك يقل ثقله وسيما اذا كان مقصورا على البلعوم وسيره سريع جدا فقد شوهد اهلاكه فى اربع وعشرين ساعة اذا ضوعف بالداء المسمى كروب والغالب هلاك المرضى من اليوم الثالث الى السابع ويندر ان يكون مزمنا ومع ذلك شوهد من مكث داؤه ثمانية اشهر بل سنتين فتنفصل الاغشية وتتجدد وهكذا

الصفات التشريحية * الغشاء الكاذب هو الصفة التشريحية الرئيسة للذبحة الغشائية فيشاهد منبسطا او على هيئة صفائح شاغلة احيانا لجميع الحفر الانفية واللهاة واللوزتين والبلعوم والمرىء والحنجرة والقصبة بل والتقاسيم الشعبية وشاهد جرسان امتداد الغشاء الى الجيوب الجبهية بل قد وجد احيانا فى المعدة بعد ان انقطع اتصاله فى المرىء ولكن لا يكون دائما كما ذكر وانما يشغل غالبا البلعوم واللوزتين واحيانا يمتد للسان المزمار وحوافيه ولكن بدون ان يدخل فيه والتصاقه بالغشاء المخاطى يكون غالبا قويا فى اللهاة واللوزتين والبلعوم واما فى القصبة فيكون متموجا مع ان جرسان شاهده مرتين موضوعا على السطح الباطن لهذه القناة ومتصلا بالغشاء المخاطى بواسطة اوعية صغيرة وسمك الغشاء الكاذب يختلف من رقة ورق الكتابة الى سمك خط ويختلف ايضا فى الكثافة والقوام والمرونة ولا يوجد فى الغشاء المخاطى تحت الاغشية الكاذبة سلخ ولا تقرح نعم قد يوجد فى بعض الاحوال النادرة تأكل خفيف فى البلعوم فقط ويوجد فى اللهاة والغلصمة واللوزتين والاجزاء الجانبية للبلعوم صفحات صغيرة

مبذورفيها نقط بنفسجية مركزها اعمق من دائرتها وكثيرا مايوجد على الاجزاء الجانبية للبلعوم وعلى القصبة هيئة اشرطة مستطيلة تمتد عليها الاغشية الكاذبة فيعطيها ذلك شكلا مسننا ويكون منسوج هذه الاعضاء محتقنا بالدم ووجد جرسان احيانا بورات صغيرة مملوءة بصديد مدمم فى منسوج اللوزتين ووجدت نكت سنجابية يظهر انها ناتجة من شبه رشح من المادة الغشائية فى الغشاء المخاطى وتختلط تلك النكت بالنكت المسودة والبنفسجية التى ذكرناها وجميع هذه التغيرات لايدل شئ منها على وجود غنغرينا واما كيفية تكون الاغشية الكاذبة على سطح الاغشية المخاطية فغير معروف والمؤلفون اقتصروا على قولهم انها من مادة مخاطية سميكة اومادة شحمية اوهلامية انفرزت من سطح هذه الاغشية المخاطية وانتشرت منبسطة وتجمدت عليها ونحن نقول وفاقا لروش انه اذا بحث بالتدقيق فى اللهاة نفسها فى ابتداء الداء شوهد غالبا فى الغشاء المخاطى صفايح غير منتظمة حمر الحوافى مكونة من ارتفاع البشرة المخاطية التى تشاهد تحتها مادة مصلية فيها تكدر وكثافة ثم تتمزق تلك البشرة وتأخذ المادة التى تحتها فى الكثافة شيأ فشيأ وتمتد منبسطة وتتجمد ولكن لا يحصل غالبا مثل ذلك على اللسان وانما يشاهد فيه مثل الصفحات التى ذكرناها ولا يرتفع من بشرته المخاطية الانقط صغيرة فيحصل من ذلك حوصلات تشاهد بالنظارة المعظمة وتتمزق بعد ذلك ويحصل فى مادتها التى تسيل منها مثل ما حصل فى المصل الذى ذكرناه فاذا ازيلت شوهد تكونها سريعا

الطبيعة والتشخيص * قد علمنا فيما سبق اختلاف هذا الداء عن الالتهاب اللوزى والبلعومى الاعتياديين ويكفى لتمييزه عن الالتهابات التى تشتبه به ظهوره فى العادة ظهورا وبائيا وعدواه وسرعة سيره وثقله الذى هو قليل التناسب مع ضعف حدة الظاهرات الالتهابية وبالجملة فطبيعته قريبة من طبيعة الموجيت نهايته ان الموجيت يكون فى الاجزاء المقدمة من الفم كسقف الحنك واللسان وباطن الخدين والشفتين واما الذبحة فمحلها الحقيقى الاصلى فى اللوزتين

والبلعوم ولذلك سميت بالذبحة البلعومية الغشائية واستظهر روش ان هذا الداء من طبيعة نزيفية واستدل لذلك بالنكت المسمرة التي مركزها اعمق من دائرتها وبالنقط البنفسجية التي تكون على هيئة خطوط مستطيلة وبالدم الاسود الذي يملأ الانسجة المريضة ولايعارض ذلك البورات الصديدية المدمة التي توجد احيانا في اللوزتين لان ذلك نادر واما غيرها فدائم الوجود على ان الصديد المكون فيها يكون دائما مدمما نهايتهما يدل عليه هو ان النزيف الذي يقوم منه هذا الداء يكون احيانا مصحوبا بالتهاب اشد من الاحوال الاعتيادية واما الاغشية الكاذبة فهي ناتجة من النزيف بل ربما كانت دليلا عليه لانها متكونة من العنصر الليفي الذي عدم لونه ويحصل منها بالفاعلات الكيماوية ما يحصل من الاغشية الكاذبة التي تتكون على البلور اذلم تتكون حولها الصفحات الا لكونها مؤلفة من تجمعات دقيقة من دم خال من مادته الملونة وما كان الاحمرار الالتهابي في الغالب قليل الشدة تحتها وحواليها الا لكون الابخرة الليفية العديمة التكون المؤلفة للاغشية قل منها مقدار الدم بقدر ما احتقن به المنسوج وما وجدت نكت مسمرة في سمك الغشاء المخاطي الا لكون المادة الملونة للدم المنفصلة من العنصر الليفي المؤلف للصفائح يلزم ان تتراكم في محل آخر وما كان في الاغشية الكاذبة ابتداء تكون آلي ماثل جدا للزيادة الا لانها تكونت من اقوى الاجزاء حيوية وبهذه الادلة كلها يسهل تمييز الاغشية الكاذبة عن مجرد المادة المخاطية المتجمدة التي تظهر في الذبحة الهلامية وفي اغلب الخناقات الاعتيادية سيما وتلك المادة يسهل تقطيعها بجسم صلب ولا تنفصل اصلا على هيئة اهداب وتتولد بسرعة عظيمة فجميع ذلك يحمل على ظن ان الذبحة الغشائية التهاب نزيفي كذا قال الطبيب روش وازيد على ذلك ايضا لاثبات هذا الرأي ان اغلب المصابين بهذا الداء يتنخمون دما كثيرا وقيحا مع اهداب من اغشية كاذبة وان اغلب المؤلفين سموا هذا الداء بالغنغرينا الاسكوربوطية للثة وذلك دليل على انهم راعوا في ذلك الصفة النزيفية التي في اللثة

وقبل ان نذكر علاج هذه الذبحة نذكر مشاهدة فى المولودين جديدا ذكرها بليار
لالتهاب اللهاة واللوزتين والبلعوم متشاركة كلها فى الالتهاب مع تغير فى الافراز
وهى ان طفلة عمرها اثنى عشر يوما دخلت المارستان فى الثالث عشر من
جوليت وكانت قوية البنية وتنفر من ثدى مرضعتها وتصيح بدون انقطاع
ولا تنام اصلا وكان صياحها مخفيا شاقا وتنفسها عسرا ووجهها بنفسجى اللون
وعنقها فيه بعض انتفاخ ولما بحث فى فمها وجد فى اللهاة فقط بعض احمرار
ولم يكن معها تواتر محسوس فى النبض ولا حرارة فى الجلد فامر لها بمغلى الشعير
المصمغ وبالغرغرة المرخية وبعلقتين على كل جانب من العنق وبالحمية وفى اليوم
الرابع عشر ظهرت نقط من الموجيت على اللسان وصار جميع الغشاء المخاطى
الفمى شديد الاحمرار وشوهدت ايضا صفائح من الموجيت على اللهاة وزادت
شدة احمرارها وتغطت اللوزتان المحمرتان المنتفختان بتصعد خفيف غشائى
ولم يكن هناك حمى بل كانت حرارة الجلد طبيعية واما الوجه فكان دائما بنفسجيا
والصياح شاقا والتنفس اقل تعسرا وكاد الازدراد ان لا يكون ممكنا وكان علاجها
حينئذ بضماد على العنق وحراريق على الساقين وبمغلى الشعير المصمغ للمشروب
والغرغرة وفى الخامس عشر لم يكن هناك حمى وكان النبض يضرب تسعين
فى الدقيقة والصياح يقرب لان يكون اختناقيا والتنفس عسرا واللوزتان
شديدتى البروز بحيث كاد التنفس ان لا يحصل وفى السادس عشر كانت الحالة
بعينها والنبض زادت سرعته الا انه صار اصغر والازدراد اشتد عسره وكان
اخراج القلس اكثر من اخراج القيء وفى الثامن عشر كان الموجيت اقل كثرة
فى الفم وتكون منه على قاعدة اللهاة وعلى اللوزتين طبقة سميكة بحيث لم يبق
بينهما الا ممر ضيق وفيه قل كون الصياح اختناقيا وسمع زمنا ما غيران الترجيع
الذى هو حادمعزى واحيانا متقطع كان له شبه بصياح الديك وصار وجه
الطفلة اقل بنفسجية وفى التاسع عشر قل خفاء الصياح وقرب للحالة
الطبيعية وصار التنفس يحصل باتساع وصار وجه الطفلة منتقعا ويظهر
عليه التألم والعلاج حينئذ هو المداومة على الحراريق والمشروبات المرخية

وفى العشرين انكشفت اللوزتان فوجدتا محمرتين ايضا الاان انتفاخهما صار قليلا والازدراد كان دائما عسرا بحيث كان يضطر عند شربها ان لاتعطى الاقطرة قطرة ولما بحث فى الفم الخلفى وجد فيه ايضا بعض نقط من الموجيت ملتصقة بالبلعوم ومن العشرين الى الخامس والعشرين رجعت للطفلة صحتها بسرعة وصار الازدراد سهلا وغذيت باللبن الممزوج وفى الثلاثين تم الشفاء وان بقى فى اللوزتين ايضا بعض احمرار مع ان الازدراد صار جيدا جدا والدورة رجعت لحالتها الاعتيادية واكتسى الوجه باللون الجيد وسلمت الطفلة لمرضعتها الاصلية فى اليوم الثالث من شهراووت وذهبت بها الى الارياف فى اليوم الحادى عشر من الشهر وهى فى صحة جيدة سليمة من جميع الآفات

فهذا الالتهاب فى اللوزتين والبلعوم كان ولابد مضاعفا بالالتهاب الحنجرى الدال عليه تغير الصياح وعسر التنفس لكن بقطع النظر عن هذا التضاعف ينبغى ان نلاحظ ايضا الاعراض الاخر كخروج القلس وانتفاخ عنق الطفل ورفضه ثدى مرضعته لانه كان لايتيسر له ازدراد اللبن المأخوذ من الحلمة الامع الالم ومما هو عظيم الاهتمام من هذه المشاهدة التغير المخصوص فى الصياح المسبب يقينا عن تكون وانفراش طبقة من الموجيت على اللوزتين وكذا نجاح المعالجة المضادة للالتهاب واستنتجنا من هذه المشاهدة ونظائرها ان التهاب هذه الاجزاء اذا كان خفيفا لم تتعطل وظائفها فان كان فيه بعض شدة عسر الازدراد واذا حصل تبعه القلس اوالقيء وان كان كل من المرىء والمعدة سليما كما شاهدنا ذلك فى بعض المشاهدات السابقة فاذا شاهدنا طفلا يرفض ثدى مرضعته ويزدرد مايسقاه اوشوهد من سحنته التعب والالم مدة الازدراد لزم المبادرة بالبحث فى فمه الخلفى هل هو محل لالتهاب ارتيماوى اومصحوب بتغير فى الافراز فان كان العنق متوترا ويتألم باللمس اويصيح الطفل عند مس هذه الاعضاء اوعرض له بعد هذه الاعراض الاول انتفاخ فى اللوزتين وحصل تغير فى الصياح وفى السحنة تحقق من ذلك وجود ذبحة لوزية بلعومية فاذا شوهد

على الاعضاء اغشية كاذبة اواندفعت من الفم بالقيء تحقق وجود الذبحة الغلالية

العلاج * اضطربت آراء المؤلفين فى علاج للذبحة الغلالية والوسائط المناسبة لها فبعضهم يرى ان المناسب علاج الالتهاب ويكون بمضاداته وان ذلك هو الانفع وبعضهم يرى ان الاولى وسائط اتلاف الاغشية الكاذبة واندفاعها فامر بالادوية المضعفة الخطرة فيكون هذا العلاج بعكس العلاج السابق واما العلاج المركب من العلاجين فهو رأى متوسط يظهر انه الآن اقوى منهما ولننظر فى تلك الآراء المتضادة لننتخب منها ما هو الاقبل

فيظهر ان من الغلط رفض الامر بمضادات الالتهاب بالكلية لان هنالك مشاهدات جيدة تثبت قوة فاعليتها ولم يزل كل يوم يتجدد تحقيق منفعتها ومع ذلك يظهر ان منفعتها اضعف واقل من منفعتها فى الالتهابات الاعتيادية للحلق بل ربما كانت الافصاد العامة غير مناسبة هنا ولا يلتجأ اليها الا اذا كان الطفل قويا اوكان هنالك ايضا التهاب رئوى او التهاب فى نسيج خاص لعضو من الاعضاء المهمة فحينئذ تكون نافعة ولكن نفعها مقصور بالاكثر على استعمالها فى الابتداء وتكررا اذا شوهدت الغلالة فوق دم الفصد الاول حتى ولو هبطت اعراض الداء وكذلك الفصد الموضعى نافع ايضا وان كانت فاعليته هنا اقل من فاعليته فى الالتهاب الاعتيادى فى الحلق وبعض المؤلفين ذكر عدم نفعه بل بعضهم ذكر انه مضر وذلك منهم مبالغة واجحاف مع ان التجربيات تثبت خلاف ذلك فى الاحوال التى فيها تهيج شديد وضجر عظيم وكذا التى فيها اعظم احرار وانتفاخ وسيما اذا كانت الاعراض الاشتراكية قوية بان كان الجلد حارا والنبض ممتلئا متواترا اوكان الداء شاغلا فى آن واحد للبلعوم والحنجرة ومع ذلك رفضه بريطونوس رفضا مطلقا كما قال روش وهو مع مهارته دليله فى ذلك ضعيف مع ان له فى استعمال الادوية ورفضها تقلبات وتحولات كما مدح اولا الدالك الزيبقى ثم عرف بعد ذلك خطره ثم مدح الحمض الادروكلوريك وانتهى معه الحال بهجره بالكلية ثم مدح نفخ مسحوق الكلوميلاس وفضله

على تفخ الشب وهكذا ولكن منفعة الفصد الموضعى لا تشاهد اذا تأخر فعله وكان قليلا بعيدا عن محلس الداء وانما تشاهد واضحة اذا استعمل فى ابتداء الداء ويكون عدد العلق على حسب سن المريض وقوته وشدة الالتهاب واذا حكم بتكريره لزم ان تكون الفترة بين الوضعين قصيرة والا كان الالتهاب معرضا لان يكتسب شدته فى تلك الفترة فتضيع ثمرة الفصد الاول ويلزم وضعه على الاجزاء المقدمة الجانبية للعنق وينبغى ان تعلم ان هذا الفصد يكون خطرا للاطفال الضعاف جدا اما من امراض سابقة اومن تدبير غذائى ردىء نظيرما اذا عرض هذا الداء للبالغين عقب السل الرئوى وبالجملة لا يستعمل للاشخاص الذين يكاد نبضهم وحرارة جلدهم ان يكونا طبيعيين وبالاولى اذا كان الجلد باردا او النبض بطيأ وكاد الم الحلق ان يكون معدوما وكذا اذا كان مع المريض هبوط زائد من ابتداء الداء

ومعظم المؤلفين اوصوا بالمقيئ لاجل اندفاع الاغشية الكاذبة وهذه الواسطة مهمة يقينا اذا كانت الاغشية المذكورة مستولية على الحنجرة والقصبة لان وجودها فى تلك الاعضاء يحرض السعال وذلك متعب جدا للمريض ويهدد بالاختناق وكثيرا ما يحتاج فى هذه الحالة لتحريض القىء مرتين اوثلاثا فى مسافة قصيرة كاربع وعشرين ساعة مثلا وواسطة ذلك هو طرطرات البوتاس الانتيمونى وعرق الذهب المقيىء اى الايبكاكوانا والبوليجالا والاولان هما احسن الثلاثة ولا تستعمل المقيئات الا اذا نقصت شدة العوارض الالتهابية بالافصاد والعامة الموضعية ومن الحزم عدم استعمالها اذا كان هناك التهاب فى عضو مهم مضاعف للذبحة ولاسيما اذا كان ذلك الالتهاب شاغلا للطرق الهضمية وهى غير نافعة غالبا فى الذبحة اذا كانت مقصورة على البلعوم واللوزتين لان اندفاع الاغشية الكاذبة حينئذ ليس مهما مثل ما فى الحالة السابقة اذ غيرها مما يمنع تكوّن هذه الاغشية وتولدها ثانيا واستيلاءها على القناة الهوائية انفع منها ومع ذلك اذا عسر انفصال تلك الاغشية وكانت كميتها كثيرة اوكان المريض طفلا صغيرا لا يعرف ان يتنخم جاز

ان يكون من النافع الامر بالمقيء وقد مدحوا ايضا نتائج الكالوميلاس
فى علاج هذا الداء وسيما اذا امتد للقناة الهوائية فامروا به بعد الافصاد
والمقيئات اذ انقص الم الحلق فانه بتأثيره مباشرة على الغشاء المخاطى للفم
والبلعوم والحنجرة يثير فى تلك الاعضاء افراز مقدار عظيم من المادة المخاطية
تسهل انفصال الاغشية الكاذبة كذا قال من مدحه وامر جرسان بان يكون
فى الابتداء بكميات يسيرة متقاربة لبعضها كنصف قمحة الى قمحة فى كل
ساعة حذرا من تأثيره المسهل واعتبر استعماله بتلك الكيفية شرطا القوة فاعليته
ثم يزاد فى مقداره تدريجا على حسب تأثيره ولا يبلغ مقداره درهما للكبير فى اربع
وعشرين ساعة مع ان بريطونوس اوصل مقداره الى درهمين بل ثلاثة فى هذا
الزمن ويمنع استعماله متى نتج منه القيء او الالم الشديد فى القصبة وصار السعال
نزليا وتبعه نفث اهداب غشائية ونخامات مخاطية صارت معتمة تقرب
للصديدية كذا قال جرسان وقال روش قد امرت باستعمال هذا الدواء مرات
كثيرة غير انى ما وصلت فيه الى كمية عالية حتى انال منه النتائج المذكورة بحيث
لا اقول بتلك الفاعلية التى ذكروها ولا انكرها ولكن اظن ان ذلك منهم مبالغة
فى نفعه كما فعلوا فى المروخات الزيبقية ثم تركوها لما شاهدوا انها لا تذهب
الداء وانما تزيد فيه فالكالوميلاس يفعل تقريبا مثل فعل المروخات فكان ان هذه
واضحة الايذاء حسبما اعترف بريطونوس الذى كان مدحها اولا كذلك يغلب
على ظنى ان الكالوميلاس قليل النفع فالاولى ان يقتصر على اعطائه يسيرا
حتى يصل الى الكمية المسهلة فقط ويكون القصد منه ان يحدث تصريفا
وتحويلا قويا فى القناة الهضمية اذا كانت سليمة فان ظهر لنا بتجربيات
جديدة خلاف هذا اتبعناه انتهى

وبعد الافصاد تكون الوسائط العامة هى المحولات التى منها الكالوميلاس
كما سبق ذلك عن روش ولكن مصرفات الجلد اقوى وخطرها قليل ولذلك
نضعها فى اول رتبة فليس شيء اعظم نتائجا واسرع لنقص الاختناق ونوب
السعال من الحمامات القدمية المخردلة واللزق المصنوعة من الخردل والخل

الخالص او المضعف بالماء وتوضع على الاطراف السفلى ومثل ذلك الحراريق على القفا والاجزاء الجانبية للعنق فان فيها زيادة على ذلك انها دائمة التأثير واقل تهييجا من السابقة ومع ذلك لا تستعمل الا نادرا اولا لعدم الصبر على انتظار النتايج السريعة منها مع خوف الخطر القريب الحصول من هذا الداء وثانيا خوفهم من ان التهيج الحاصل منها القريب من الاعضاء المريضة ينقل الداء ويظهر ان لهم وجها فى الخوف من ذلك لكن اذا لم تستعمل الا بعد نقص اعراض الالتهاب نقصا عظيما مع الحذر من تركها موضوعة زيادة عن عشر ساعات او ثنتى عشرة لم يخف من الخطر المذكور وينال منها النتايج المطلوبة فاذن تكون المصرفات الجلدية من الوسائط الرئيسة العامة لعلاج الذبحة الغشائية اذا روعيت الشروط المذكورة لها وانما يمنع استعمالها اذا كان الالتهاب شديدا او كان التأثير العصبى عظيما جدا لان الحراريق وسيما الخردل تسبب فى العصبيين والقابلين للتهيج آلاما وتنبهاقويا لا يطاق بحيث تحرض فيهم الصياح والعسال وتوقظ حرارة الجلد وتواترا لنبض فلا تستعمل فيهم الا بضعف اولا تستعمل اصلا وتبدل بمضادات التشنج كالمسك والكافور والواريانا والحلتيت والعنبر ونحو ذلك وتستعمل هذه جرعا او حقنا وتلك الوسائط وان كانت تابعية الا انه لا ينبغى اهمالها فيهم ولا حاجة لان نذكر ايضا بعض فاعلات ذكرها المؤلفون كالسكنجبين العنصلى وادروكبريتات الانتيمون وروح النوشادر وكبريتور البوتاسة او الصود فان هذه اذا لم تكن خطرة كانت غير نافعة وقد تركت الآن بالكلية من علاج هذا الداء ويعان فعل الوسائط التى ذكرناها بالمشروبات المحللة او المحمضة والحقن المرخية والضمادات حول العنق والحمية فاذا كانت العوارض الاشتراكية قوية لزم ان تكون الحمية قاسية تامة واذا كان الطفل رضيعا قال بليار يلزم اولا منعه من الارضاع لان الغالب انه يمص الحلمة بشراهة قوية ويحمل حلقه مقدارا كبيرا من اللبن فى آن واحد وانما الاحسن ان يصب فى فمه مقدار يسير من هذا السائل اما بملعقة او اسفنجة ويغرغر الفم بماء الخطمية بواسطة قلم رسم من تفتيك ويوضع

على عنقه ضماد وعلقة او علقتان على جانبي البلعوم اذا كان الالتهاب شديدا وتوضع المصرفات على الساقين او القدمين كالضمادات او الاستحمامات المحمرة فاذا لم يكف ذلك استعملت الحراريق ولا تطول مدة استعمالها ويجوز استعمال نصف حقنة مسهلة خفيفة اذا كانت القناة الهضمية سليمة وتصنع تلك الحقن من منقوع القراصيا ومن مخلوط اجزاء قريبة للتساوى من اللبن والسكر او قمحة او ثنتين من الزيبق الحلو فى ملعقتين من ماء سكرى لكن لا تستعمل هذه المصرفات الامع غاية الاحتراس اذ قل ما يلتهب جزء واحد فقط من القناة الهضمية فى الاطفال الصغار الا ويلتهب معه غيره فاذا زالت الاعراض الالتهابية جاز اعطاء الاغذية الاعتيادية وربما لزم فى تلك الحالة احيانا اعطاء الادوية المنبهة ويؤمر بالتمريخ المنبه للجلد وبالحقن بالكينكينا المكفورة وقليل من النبيذ الممزوج بمغلى حمضى

والمعالجة الوضعية اى الموضعية للذبحة الغشائية مهمة ايضا كالمعالجة العمومية التى ذكرنا قواعدها بل ربما كانت اقوى فاعلية لاتلاف التجمدات الغشائية والتحرز من تولدها ثانيا وان لم تتوجه على السبب الذى احدثها وانما يكون توجهها وتأثيرها مباشرة على هذه التولدات المرضية نفسها وقد استعملوا لذلك فاعلات تنوعت بحسب الازمنة فروح الملح وهو محلول الحمض ادروكلوريك فى الماء اوصى به منذ قرنين اطباء ايطاليا واسبانيا لايقاف تقدم الذبحة الغشائية ومدحه بعد ذلك ونزيتان فى الغنغرينا الاسكوربوطية التى فى اللثة وجدران الفم ثم مدحه ايضا منذ بعض سنين بريطونوس وجرسان فامرا بان يمزج العسل المورد بثلثه او خمسه تقريبا من الحمض ادروكلوريك على حسب حالة تهيج الاعضاء وتمس الصفحات الغشائية بهذا المخلوط بواسطة اسفنجة صغيرة او قلم رسم من تفتيك متعلق بقضيب من القيطس معوج بالنار قال جرسان ويكفى وضع هذا الكاوى مرة او مرتين لايقاف سير هذه الاغشية الكاذبة وامتدادها الى الطرق الهوائية ومع ذلك قد يضطر لتكرار ذلك جملة ايام فاذا ازداد الالتهاب الموضعى بهذا الكاوى عدلت نتائجه الرديئة بالغراغر

الملطفة وبالضمادات المرخية حول العنق فاذا لم يحصل من الكاوى ثمرة لزم ان يضم له استعمال غراغر من مطبوخ الكينا المحض بل يؤمر باستعماله ايضا من الباطن قال روش وما استعملت هذه الواسطة قط ولذلك لا يمكن ان اجزم بمنفعتها وانبهك على ان بريطونوس تبرأ من نفخ مسحوق الكلوميلاس بعد ان كان مدحه لذلك كما قلنا وذلك يدل على ان منفعته ليست محققة

ونفخ مسحوق الشب سحقا ناعما يظهر انه اقل خطرا من الكى بالحمض ادركاوريك وهو اسرع فعلا وآكد فى ازالة الاغشية الكاذبة مع ان بعضهم ذكر انه لم ينل منه منفعة ولكن المشاهدات طافحة بنجاحه ومثله فى النجاح الكى بنترات الفضة اى الحجر الفضى بل ربما كان انجح منه ومن غيره فمعظم الاطباء اتفقوا على قوة فاعليته واعتبروه اقوى الوسائط لمنع امتداد الاغشية للحنجرة قال روش وانا افضله الآن على غيره حتى على النفخ بالشب الذى فاعليته غير مشكوك فيها اولا لنفعه وثانيا لسهولة استعماله وان سهل ايضا نفخ المسحوق بواسطة الآلة التى اخترعها بريطونوس واتقنها جليون وهى انبوبة من خشب تحمل قرب احد طرفيها بعض خطوط تجويفا يوضع فيه المسحوق المراد نفخه فينفخ من الطرف القريب للتجويف فالمسحوق يمر اولا من شبيكة دقيقة جدا لا يمر منها الا ادق الجزيئات ثم يخرج من الطرف الآخر الذى للانبوبة حتى يصل الى الاجزاء المراد كيها ولا ينبغى الاجتهاد فى قلع الاغشية الكاذبة فانه ماعدا التعسر الذى يحصل فيه يزيد تلك الكيفية دائما فى العوارض الموضعية للالتهاب ولم يلبث التصعد الغشائى قليلا حتى يتجدد واما تشاريط اللوزتين فلا ضرر فيها وان زعم ذلك بريطونوس نعم نفعها يسير وقد تكلم المؤلفون قليلا على نتايج الغراغر فى علاج الذبحة الغشائية مع ان فعلها موضعى وبالمباشرة كالفاعلات التى فرغنا من الكلام عليها قال روش قد استعملت غراغر تحتوى للكبار على درهم من كلورور اوكسيد الصوديوم للشهير لبراك فى اربع اواق او خمس من سائل وحصل منها نجاح سريع بحيث حملنى ذلك على ان اجعل هذا الدواء هو اول الفاعلات القوية لهذا الداء

فلا ينبغى اهمال استعماله وسيما فى ابتداء الداء اذا كان الالتهاب شديدا
بل وبعد الايام الاول اذا انخفض الالتهاب يسيرا نعم الغراغر الملطفة والمخدرة
هى الانسب فى هذه الاحوال لكن اذا كانت علامات التهيج الموضعى قليلة
الشدة اوقاربت السكون جاز ان يؤمر بالكلورور بالكيفية المذكورة
وذكر بعض الاطباء من الوسائط الوضعية بخار الاتير وروح النوشادر
والكلور واما الابخرة الاتيرية فيمكن ان يكون خطرها يسيرا واما ابخرة روح
النوشادر والكلور فيظهر ان خطرها عظيم لانه يخاف منها تحريض ظهور
الصفحات الغشائية فى الحنجرة اذا لم تكن موجودة فيها لان من المعلوم ان من
خواص هذه الغازات احداث التهاب حنجرى مع تكون غشاء كاذب لانها
لكونها مهيجة تزيد فى الالتهاب ولا تزيله فيلزم تركها من علاج هذا الداء
وان ذكر بريطونوس انه نال شفاء احوال ببخار الكلور وذكر جرسان انه لم
ينل منه الا نتايج رديئة وبقيت واسطة هى آخر الوسائط استعملت لبعض
اطفال قاربوا الاختناق من وجود هذه التصعدات الغشائية فى الطرق
الهوائية وهى القطع القصبى وسيأتى لنا ذكره فى الداء المسمى بالكروب
المذكور فى امراض الجهاز التنفسى

وحاصل ماسبق فى علاج الذبحة الغشائية ان الافصاد العامة والموضعية
ليس نفعها العام فى هذه الذبحة الا لاجل الالتهابات الاعتيادية فى الحلق فهى
معينة على الشفاء فى كثير من الاحوال اذا استعملت بالمناسب فى وقتها بل
ربما قام منها اول وسائط العلاج والمقيئات انما تعتبر كواسطة ميخانكية
لاجل اندفاع الاغشية الكاذبة فلا دخل لها فى ازالة سبب الداء بل ربما خشى
منها اخطار تحوج للاحتراس منها والكلوميلاس لا ينبغى ان يعطى الا الى
القدر المسهل بشرط ان لا يكون هناك تهيج فى القناة الهضمية واللزق
الخردلية والحراريق تستعمل فى اغلب الاحوال بعد الاستفراغات الدموية
حالا حتى تكون نافعة ومضادات التشنج قد تستعمل بمنفعة للعصبيين القابلين
للتهيج وينبغى ان يستعمل العلاج الموضعى دائما مع العلاج العام فمن وسائطه

نفخ مسحوق الشب والكى بنترات الفضة والغراغر من كلورور اوكسيد الصوديوم فانها مفضلة على غيرها وقوة فاعلية الكى بالحمض ادروكلوريك مشكوك فيها والبخرة النوشادر والكلور مضرة والتجربة والبيان العلمى يفيدان رفضها وتركها بالكلية والعلاج العام للامراض الحادة كالمحللات والحمية هو المناسب فى اغلب الاحوال لكن قد يضطر للالتجاء للمقويات والمنبهات اذا استدعتها الحالة الضعفية للمريض هذا ملخص ماسبق لنا توضيحه وتفصيله والله الموفق للصواب

القسم الخامس

فى امراض المرىء

المرىء هو الجزء الصدرى من القناة الهضمية هكذا قال بعض المشرحين مع انه لا يشغل الصدر فقط وانما يبتدأ فى العنق وينتهى تحت الحجاب الحاجز متصلا بالمعدة ثم هو لا يبقى دائما فى وضع واحد بالنظر للخط المتوسط فانه يكون على هذا الخط فى طرفه البلعومى ثم يزوغ الى اليسار فى اسفل العنق وفى الجزء العلوى من الصدر ثم يأخذ تدريجا وضعه المتوسط حينما يكون بين قائمتى الحجاب الحاجز ونحو طرفه المعدى وتجويف المرىء يختلف يسيرا فى اقطاره المستعرضة ومع ذلك يوجد فيه اسفل العنق بعض اتساع فيه يقف بعض الاجسام الغريبة وقد يوجد فى المرىء احيانا جيب او اكثر يتصل به تجويفه وتمكث فيه الاغذية والاجسام الغريبة وهذه الزوائد اى الجيوب مكونة من شبه فتق من الغشاء المخاطى نافذ من الياف الغشاء الخلوى الذى تحته وتلك الهيئة التشريحية تعطى لبعض الناس قوة الاجترار كالحيوانات المجترة وهى حالة نادرة جدا فى الادميين بل مطعون فى وجودها وان كان بعضهم جزم بمشاهدتها والغشاء المخاطى للمرىء مغشى ببشرة مخاطية فيها مقاومة ومتانة تغشيه كله وتنقطع فى محاذاة الفؤاد اى فم المعدة وفى هذا القسم ثلاثة فصول

الفصل الاول

فى عيوب تكون المرىء

في هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

في عدم وجود المرىء وعدم اتصاله بالمعدة

المرىء لكونه موجودا انما يبتدىء مدة الحياة داخل الرحم قد يحصل فيه عيوب تسبب في الطفل المولود عوارض ثقيلة غير ان هذه العيوب ليست كثيرة وتوجد غالبا كما قال مكيل مع عدم تكون جزء او اكثر من الوجه او من الفم او كما قال لالمند انه يظهر كونها مسببة عن فساد او زوغان في الاجزاء المحيطة بالمرىء الحافظة له في موضعه الطبيعي وذكر هذا الماهر مثالا لذلك وهذه العيوب الاصلية هي عدم وجوده وانسداده بحيث ينتهي بحاجز غير نافذ وانقسام جزء منه الى قناتين موضوعة احداهما بجانب الاخرى وها هو مثال غريب لعدم وجوده والطفل الذي هو موضوع لهذه المشاهدة ولد بدون مرىء وعاش ثمانية ايام والذي شاهده هو الطبيب سوندرلند طبيب من البروسيا وذلك انه ولد في اليوم الثاني من اووت سنة ١٨٢٠ عيسوية طفل تام الاشهر يظهر من حاله انه سليم الصحة وبعد ولادته سال من امه مقدار عظيم من الماء وشوهد حجم المشيمة اكبر من العادة بمرتين او ثلاث ثم سقي الطفل يسيرا من ماء سكري فخرج حالا من انفه وفمه وكاد ان يختنق وكلما قدم له شيء من الاغذية ليزدرده لم يتيسر له ذلك وتحصل العوارض التي حصلت اولا فمن ذلك استنتج وجود عيب في المرىء ومات هذا الطفل في نهاية ثمانية ايام من الجوع وفي مدة حياته كان البول والغائط يخرجان كالعادة وانما كان مقدارهما يسيرا ولما فتحت جثته شوهد حجم الكبد كبيرا جدا بحيث كان هذا العضو مغطيا لجميع الاحشاء من الخثلة الى السرة ولكن كان شكله ولونه كالعادة ووجدت المرارة مملوءة بالصفراء وبعد ان رفعت الكبد وجدت المعدة والامعاء مكونة وموضوعة كالعادة غير ان الفؤاد اعني الفوهة العليا للمعدة معدومة والمعدة في هذا المحل ملتصقة بالحجاب الحاجز بواسطة منسوج خلوي والرئة اليمنى كانت متوترة وردية اللون بخلاف الرئة اليسرى فانها كانت مندمجة

قاتمة اللون وذلك يدل على ان الطفل انما كان يتنفس بالاولى فقط والقلب كان جيد التكوين نهاية ما يكون ان الثقب الذى فى حاجز الاذنين كان موجودا واما المرىء فكان معدوما بالكلية والبلعوم كان منتهيا بسد غير نافذ

واما الحالة الاعظم اعتبارا من ذلك وفيها ينتهى المرىء بسد غير نافذ وليس بينه وبين المعدة اتصال ابدا فهى التى ذكرها الالمند فى طفل ولد عديم المخ بمارستان بيت الله سنة ١٨١٦ عيسوية قال هذا الحكيم لما بحثنا فى بقايا المخ وجدنا خلف العنق وتحت العظم الوتدى جسما كريا مبيضا فيه مقاومة فظننا انه المخيخ ووجدناه مغطى ببنية من الام الجافية كانها خيمة المخيخ لكن بعد ان شققنا الغشاء الظاهر خرج من تجويفه الذى هو على هيئة كيس متمدد جوهر اخضر مرن له قوام ويشبه العقى ومشابهته لذلك تامة بحيث ان جميع الحاضرين اول ما وقع فى ذهنهم تشبيهه بذلك والوجه الباطن لهذا الجيب كان منظره كالاغشية المخاطية وكان ذلك فى الحقيقة هو منظر البلعوم والمرىء ولما وضع ميل فى عمق هذا التجويف شوهد خروجه من الفم بعد مروره من العمود الفقرى وخرج المرىء نافذا من فتحة ومكونا العروة بجزء من المعا فى فتق وكان تجويفه متسعا متمددا جدا بتراكم العقى فيه ووجد المرىء قبل دخوله فى الصدر بقليل ضيقا بل كانه منسد بحيث لم يتيسر ادخال ادق ميل من هذا الجيب الى المعدة مع انه تيسر النفوذ منه الى الفم باغلظ ميل من غير تعسر انتهى

قال بليار وهذا العيب فى التكون وان كان عظيم الاهتمام من اوجه كثيرة الا انه لا ينفعنا هنا فى ايضاح تشخيص الداء الذى نحن بصدده لان هذا الطفل لم يكن قابلا للمعيشة فبموجب ذلك لم يكن معه علامة خاصة توضح لنا طبيعة هذا الامر المخالف للطبيعة اما بعد المشاهدة السابقة على هذه فيمكن ان تعرف العلامات الدالة على انسداد المرىء فى المولود الجديد

فاولا يكون الازدراد غير ممكن والطفل يتقيأ سريعا اللبن الذى يرتضعه فاذا كان الكيس الغير المسلوك الناتج من الانسداد ممتلئا لزم ان يستشعر فى الجزء المتوسط

من العنق بانتفاخ رخو يزيد فى كل ازدراد فاذا ابقى الغثيان بعد استفراغ هذا الحليب فعل الطفل يقينا حركات عنيفة للقلس والقىء كما يشاهد ذلك فى الكلاب المسمومين اذا اربط مريئها لاتقاء الجوهر المسمم

فان قيل ما المعالجة التى يلزم اتباعها حينئذ نقول يعسر جدا مداواة هذا التشوه ولا يرجى اسعاف هذا الطفل المعرض لموت حقيقى بشىء لكن من حيث انه قد يكون من المهم جدا معيشة طفل مصاب بهذا العيب بعض ساعات او بعض ايام لما ان حياته تلك المدة تجر لعائلته واقاربه منفعة دنيوية من ارث او نحوه يلزم ان يجتهد الطبيب بجميع ما يمكنه من الوسائط فى اطالة حياته حسب امكانه وحسب ما اجراه الله من الاسباب فيغذى الطفل بحقن من اللبن او من مخلوط اجزاء متساوية من اللبن والمرق الدسم ويلزمه ايضا ادخال مجس فى المرىء ليتحقق هل الاتصال بالمعدة مقطوع بالكلية وهل يتأتى ادخال مجس من صمغ مرن ينفذ منه السائل المغذى حتى يصل للطرق الهضمية مع ان هذا المجس يخدم ايضا التوسيع القناة المريئية لكن نقول بعد ذلك ان عندنا شكا فى قوة فاعلية هذه الوسائط وان اوصوا بها والظاهر ان شفاء عيب عظيم مثل هذا لا يمكن حصوله الا فى الحالة التى لا يكون فيها الانسداد تاما اما فى الانسداد التام فلا يكون الا معجزة لنبى او كرامة لولى

المبحث الثانى

فى تغيرات فى المرىء ناشئة مدة الحياة داخل الرحم

نقول ينبغى اولا لامكان معرفة هذه التغيرات جيدا ان يتصور بالضبط منظر المرىء فى المولودين جديدا عند الولادة قال بليار قد بحثت فى هذه القناة المريئية من معظم الاطفال الذين ماتوا فى سنة ١٨٢٦ عيسوية فى بيت اللقطاء فى نحو مائتى طفل يظن سلامة هذا العضو فيهم وجدت حالة احتقان واضح فى مائة وتسعين اعنى الاطفال الذين ذكرتهم فى مبحث احتقان البلعوم وكان منظر هذا الاحتقان الدموى فيهم مختلفا لكن من النادر كونه على شكل متفرع وانما الغالب كونه احمرارا مستويا يختلف من الاحمر الزاهى الى الاحمر

البنفسجى

البنفسجى وينتهى دائما فجأة فى المحل الذى تنقطع فيه بشرة الغشاء المخاطى فما قلناه فى الاحمرار الاعتيادى للبلعوم يقال مثله فى احمرار المرىء فالظاهر ان كلا منهما حالة اعتيادية فى المولودين ولا شك ان اسباب هذا الاحتقان هى بعينها اسباب الاحتقان العام فى الاغشية الظاهرة فلا ينبغى ان يعتبر حالة مرضية لكونه يوجد فى معظم المولودين بل فى جميعهم والطبيب بارون لم يزل من مدة طويلة يشاهد هذا الاحمرار الاعتيادى فى مرىء المولودين لا يعتبره ايضا مرضا واظن انه نتيجة احتقان ضعفى ناتج من عروض غير تام للتنفس والدورة

ثم ماعدا الاحتقان والاحمرار اللذين ذكرناهما قد يشاهد تغير عميق جدا فى الغشاء الباطن للمرىء ويلزم ان نعتبر هذا التغير نتيجة سبب مرض ولنجتهد فى اثبات الحقيقة لما ذكرناه ببعض مشاهدات

المشاهدة الاولى هى ان طفلا دخل بيت اللقطاء فى صباح السادس والعشرين من شهر مرس وكان حبيله السرى لم يزل رخوا طريا مربوطا عن قريب وكانت خرقه ملونة من قبل الدخول بالعقى وحصل منه قىء مادة زلالية وكان صياحه ضعيفا ووجهه احمر مقطبا واطرافه باردة ومع ذلك كانت بنيته قوية ومات ليلة السابع والعشرين ولما فتحت جثته بعد عشرين ساعة من موته وجد الفم والبلعوم فى غاية الاحتقان ووجد ماعدا ذلك على طول المرىء كمية عظيمة من الاجربة الدهنية عظيمة النمو واغلبها محاط من قاعدته بدائرة حمراء اشد احمرارا من الاحمرار العام البنفسجى الذى يوجد فى جدران البلعوم والمرىء وبعض هذه الاجربة ابتدأ فى التقيح من قمته التى يوجد فيها تمزق مصفر سطحى جدا ووجد مثل هذا التغير بتلك الدرجة فى المعدة التى وجدت محتوية ايضا على موادلونها مصفر وقوامها مخاطى وكانت هذه المواد شديدة الالتصاق بجدران هذا العضو ووجد المعا الدقيق مجلسا للاحتقان وريدى واضح والرئتان محتقنتين جدا بالدم ومع ذلك ابتدأ ثقب بوتال والقناة الشريانية فى الانسداد ووجد ايضا احتقان خفيف فى المخ فهذا الطفل مات يقينا من احتقان الرئتين لكن

ماعدا هذا السبب للموت ينبغى ان يلاحظ انه يوجد ايضا آفة فى الجهاز الجرابى للمرى وللمعدة يقرب للعقل انها حصلت فى مدة الحياة داخل الرحم لانه لا يمكن تقدم هذه الآفة فى اليوم الواحد الذى عاشه الطفل وسنرى فى المشاهدة الآتية تغيرا اعمق من ذلك ايضا فى المرى

المشاهدة الثانية هى ان طفلا ولد عن قريب ودخل فى بيت اللقطاء رابع يوم فى افريل ومات فى ليلة السادس بدون ان تشاهد معه اعراض قال بليار انما قيل لى انه تقيأ مرات كثيرة ولم يرضع لبن مرضعته زمنا طويلا ففتحت رمته فى سادس ساعة بعد موته فوجد الفم محتقنا والبلعوم احمر جدا وغشاؤه الباطن فيه انتفاخ قليل ومعه فى الجزء العلوى من المرى قرحتان يقربان للتوازى مستطيلتان طول كل منهما اربعة خطوط تقريبا والعمق مصفر وحوافيهما مقطوعة بانحراف ويوجد فيهما كباقى الثلث العلوى للمرى تلون شديد بالحمرة اللعلية وكان كل من المعدة وجميع القناة المعوية مجلسا لاحتقان دموى واضح مع تصعد دموى فى جميع سعة القناة الهضمية والكبد لينة فى قوام مرقة اللحم والمرارة ممتلئة وتحتوى على صفراء مسودة زقتية وكانت الرئتان محتقنتين جدا ووجد فى الصدر مقدار عظيم من مصل مدمم والفتحات الجنينية لم تزل مفتوحة مطلوقة والمخ محتقن جدا ووجد دم منصب بين العنكبوتية والام الحنونة ومصل دموى فى البطينين المخيين

فما عدا الاحتقان الدموى العام الذى عاق فى هذا الطفل نمو الاعضاء الرئيسة وممارسة وظائفها كان معه ايضا من وقت الولادة كما هو واضح التهاب المرى وتقرحه وذلك مرض ثقيل لكونه يتعب الازدراد فيؤذى ظاهرات الهضم والتغذية مع ان هذه الوظائف عظيمة الاهتمام فى هذا السن الذى فيه الحياة النامية تحتاج للنمو لكون البنية كلها مرتبطة بها وداخلة تحت سلطنتها

الفصل الثانى

فى التهاب مرى المولودين

قال بليار المشاهدات التي ذكرتها اذالم تتضح منها اعراض التهاب البريتون اتضاحا عظيما فاقله انها تبرهن لنا على جواز ان الاطفال قد يولدون ومعهم التهاب مرى فقد يكون لهم ينبوعا لعوارض ثقيلة يلزم الطبيب ان يعالجها من وقت الولادة ولنشتغل الآن بالتهاب المرى الذى يظهر بعد الولادة وما نقوله حينئذ فى التشخيص والعلاج لهذا الداء يمكن ان يقال فى الالتهاب المرى الخلقى

الفصل الثالث

فى امراض المرى التى تظهر بعد الولادة

من المعلوم انه يمكننا عند اشتغالنا بامراض الفم والبلعوم ان نتبع بابصارنا تقدم التغير الخاص بكل من هذه الامراض فنشاهد مع ذلك سير الاعراض التى تصحبها لكن لا يتيسر لنا ذلك فى الاجزاء العميقة من القناة الهضمية ويقوى التعسر كلما تقدمنا فيها الى الباطن فاذن يلزمنا وفاقا لبليار ان نتبع سيرا آخر خلاف السير الذى تبعناه الى الآن فنذكر الشرح العام لتشخيص الامراض التى نحن بصددها ومعالجاتها على حسب ما يؤخذ من المشاهدات لان ذلك فيه معرفة الحق بالدليل الصواب وهو المراد لنا فى جميع هذا الكتاب حتى لا يكون مبنيا على الاختراع مؤسسا على تصورات وهمية غير مقبولة للسماع وانما يكون صحيح القوانين واضح الادلة والبراهين ويكون ذلك بذكر حوادث رئيسة ومشاهدات بينة اجتناها بليار فى امراض المرى فى المولودين ومنها تعلم احوال هذه الامراض فليكن كلامنا فى التهاب المرى وتنايجه واسبابه ومعالجته

مبحث كبير فى التهابات المرى فى الاطفال

هذا الالتهاب نادر فى الكبار البالغين وسببه فيهم غالبا ازدراد السموم والجواهر المهيجة ومرورها فى القناة الهضمية ومن ذلك شوهد شخص كان معه دائما هذا الالتهاب وحصل له من التسمم بالحمض الكبريتى اما فى الاطفال الصغار فيكون هذا الداء فيهم اقل ندرة وسببه فيهم سهل الادراك وهو ان المرى لم يزل عادة الى هذا السن مجلسا لاحتقان يختلف عظمه فيقتضى ذلك يكون اكثر تعرضا

للالتهاب والفساد فاذا لم يكن للالتهاب اثر فى المرىء الا الاحمرار عسر جدا تمييزه فى المولود بين عن الاحتقان الاعتيادى فيه اما اذا انضم لهذا الاحمرار بعض آفات او نتايج التهابية فلا شك ان غشاء المرىء يكون حينئذ مجلسا الالتهاب تما والاعراض التى تصحب ظهور هذه الآفات مدة الحياة يلزم ان تعتبر مخصوصة بالتهاب المرىء وتوضح لنا تشخيص هذا الداء وها هى مشاهدة ذكرها بليار هنا لاثبات ذلك

وهى ان طفلة عمرها ستة اسابيع وكانت ضعيفة منتقعة اللون جاءت المارستان قبل هذه المرة مرتين من ولادتها لاجل علاج اسهال مادة صفراء شديدة السيولة وكان ذلك الاسهال مصحوبا بتوتر فى البطن وقىء للمشروبات بعد تعاطيها بيسير ثم فى المرة الثالثة دخلت المارستان فى الحادى عشر من جوليت ومعها الاعراض الآتية وهى انتقاع عام فى جميع الجسم وتوتر خفيف فى البطن وصياح ضعيف لكنه تام وقىء للمشروبات (والعلاج مغلى الارز المصمغ وضماد على البطن ولبن ممزوج) وفى الخامس عشر من الشهر صار وجه الطفلة كالحا وتأبى الشرب او تشرب قليلا وتصيح اذا ادخلت ملعقة صغيرة فى فمها التقهر على ابتلاع ما فيها وكانت تتقيأ اللبن الذى تشربه حالا بدون حركة عنيفة للقىء واسهالها لم يزل باقيا ومن الخامس عشر الى السابع عشر لم تزل هذه الاعراض باقية وزاد انتقاع اللون وسقطت المريضة فى هبوط ونحول وفى الثامن عشر تقطب الوجه وتخططت الجبهة بالغضون وضعف الصياح جدا وبرد الجلد وكاد النبض ان لا يدرك وماتت فى الليل ولما فتحت الجثة فى اليوم التالى وجد الفم نقى اللون والبلعوم محتقنة والمرىء احمر شديد الحمرة فى ثلثه العلوى والبشرة المخاطية التى فى محاذاته فاسدة بالكلية واما الثلثان السفليان لهذه القناة فلم يوجد فيهما الا حزوز حمر كثيرة العدد ووجد الغشاء المخاطى المعدى سنجابيا رماديا والمخاط المغطى له سميكا شديد الالتصاق وفى آخر اللفائفى ثمان صفائح جرابية مزرقة منتفخة والرئة اليسرى سليمة واليمنى محتقنة والفتحات الجنينية فيها نصف انسداد والمخ فى غاية السلامة ففى الحقيقة

كان

كان موت هذه الطفلة بالتهاب مريئى ومعدى معوى مزمن ويقرب للعقل
ان ذلك هو سبب الاسهال الذى كان معها ورجوعها الى المارستان
فنأخذ من هذه المشاهدة فساد البشرة المخاطية والاحرار الشديد فى الثلث
العلوى من المرىء ولاننس مع ذلك ايضا صعوبة القىء وكثرته وعدم انهضام
مواده اعنى خروجها بعينها غير منهضمة لان الطفل كان يخرج منه اللبن كما شربه
تقريبا بعد الشرب حالا فهذه حالة ينبغى اعتبارها
والمشاهدة الثانية موضوعها طفلة عمرها خمسة ايام وكانت ضعيفة مصابة باوذيما
فى الاطراف السفلى وتيبس ظاهر فى مفاصلها فدخلت المارستان فى التاسع
عشر من شهر ميه وكان صياحها شاقا مؤلما وجبهتها منكرشة جدا ولم يكن معها
اسهال ولكنها تتقيأ سريعا جميع ما تتعاطاه حتى الماء السكرى فتوجد مواد القىء
مخلوطة بندف صغيرة زلالية او بمواد مصفرة وكان الجلد باردا وضربات القلب
خفية غير منتظمة ولا تتغذى الا بقليل من الماء السكرى واللبن الممزوج فقط
وبقيت فى الحالة المذكورة مدة ثلاثة ايام فتتقيأ معظم ما يعطى لها ومع ذلك
يخرج من فمها بدون عنف مقدار كبير من مواد شديدة الصفرة عديمة الرائحة
وماتت فى الثانى والعشرين من الشهر ولما فتحت جثتها وجد على اللسان
طبقه مخاطية متعلقة به جدا ووجد البلعوم شديد الاحتقان والمزمار محمرا
ومترشحا وازيلت البشرة المخاطية من طول المرىء على هيئة اهداب عريضة
فوجد عليها مادة صفراء شبيهة بالمادة التى قاءتها الطفلة ووجد لون الغشاء
المخاطى المريئى فى محاذاة الاجزاء التالفة من البشرة المخاطية احمر شديد
الاحمرار وما عدا ذلك شوهد قرب انتهاء البشرة المخاطية بعض حزوز اى خطوط
مسودة ووجد فى المعدة جملة قروح جرابية كثيرة فى محاذاة تقوسها العظيم
وفى الاثنى عشرى والصائم نقط حمر كثيرة وفى اخر اللفائفى احمرار شديد مستو
والمعا الغليظ سليم والكبد محتقنة بالدم والحافة الخلفية للرئتين محتقنة ايضا
والقناة الشريانية مفتوحة والمخ فى غاية السلامة
فقد شاهدنا هنا غير المرىء التهابا معديا عرف بالقروح الكثيرة التى سنرجع اليها

فيما يأتى ويصح ان ينسب لهذا التضاعف فى المواد الصفراء التى كانت تقحب او تدمغ فى المشروبات ومع كل ذلك نأخذ من تلك المشاهدة فساد بشرة الغشاء المخاطى واللون الاحمر العلوى الذى وجد فى المرىء

وها هى مشاهدة فيها تيبس المنسوج الخلوى وقرحة فى المرىء وهى ان طفلا عمره ستة ايام وبنيته قوية وجلده احمر واطرافه اوذيماوية متيبسة وصياحه اختناقى ووجهه يعلن بالتألم ودخل المارستان فى اليوم الثانى من ميه ثم فى اليوم الثالث شوهد احمرار شديد حوالى الشرج واسهال مادة خضراء كثيرة وقىء زلالى كانه مستدام وقلس غزير بعد الشرب وصوت اصم فى الصدر عند القرع عليه فى الجانب الايمن وكانت ضربات القلب خفية جدا يعسر ادراكها ولو بالمستقصية الصدرية وكان الجلد باردا والطفل بقى فى مهده كأنه بدون حياة (وعلاجه كان بمغلى الارز المصمغ ومنقوع الزيزفون المحلى بالسكر وبالدلك الجاف الحار على الاطراف) وبقيت هذه الحالة العامة الى الرابع غير انه شوهد فيه زيادة عن ذلك كثرة تقايى مادة خضراء شديدة السيولة ثم مات فى المساء بعد ان كابد فى هذه الايام الثلاثة حالة كانها حالة نزع لا حالة حياة حقيقية ولما فتحت جثته وجدت اطرافه متيبسة وجلده قوى اللون واما الجهاز الهضمى فكان فيه احتقان خفيف فى قاعدة اللسان واحمرار شديد فى البلعوم واحتقان واضح فى الجزء العلوى من المرىء الذى وجد فى طرفه السفلى ايضا قرحة مستطيلة طولها ستة خطوط وعرضها اربع وعمقها مصغر وحوافيها سميكة حمراء كأنها تنضح دما وكان الغشاء المخاطى تالفا من مركز تفرق الاتصال بحيث لم يبق ذلك المركز مكونا الا من الغشاء الخلوى واما المعدة فلم يوجد فيها الا احتقان خفيف والمعا الدقيق كان سليما فى ثلثيه العلويين ووجد قرب القسم اللفائفى الاعورى صفائح جرابية كثيرة بعضها منسلخ قليلا وشوهد بعض اجربة منعزلة مجاورة لتلك الصفائح والصمام اللفائفى الاعورى كان احمر منتفخا قليلا والغشاء الباطن للمعا الغليظ كان شديد الاحمرار وكثير الغضون منتفخا سهل التمزق ومغشى بمواد مخاطية مخضرة شديدة الالتصاق

والجهاز

والجهاز التنفسي كان مجلسا لآفات كثيرة مهمة وذلك لان المزمار كان شديد الاحمرار والانتفاخ وبطني الحنجرة كانا مملوءين بمخاطية سميكة ملتصقة بهما وكل من القصبة والشعب محزز بحزوز حمر والرئة اليمنى متكبدة في اعظم جزء من سعتها والقلب والاوعية الغليظة والمخ محتقنة بالدم

وينبغي ان نستخرج من جميع الآفات والعوارض التي مات بها الطفل ما ينسب لما نحن مشتغلون به وهو التقرح العظيم الاهتمام في المرىء والتقاربي الشاق مع انه لم يكن هناك التهاب معدى ولا يصح ان يجعل ذلك ناشئا من الاحتقان الخفيف في المعدة ويلزم ايضا ان نعتبر هنا خفاء الصياح اى كونه اختناقيا مكتوما حيث توافق مع الالتهاب الشديد الغير الواضح في المزمار ولا تنس ايضا عدم وجود اعراض الحمى مع ان الالتهاب كان متضاعفا في جميع الاعضاء في آن واحد

ثم الى الآن انما كانت مشاهدا تنا للالتهاب المرىء بدون تغير في الافراز واما المشاهدات الآتية فيؤخذ منها التهاب مريئى مضاعف بالموجيت

موجيت المرىء* قد يصاب المرىء بالموجيت وشاهد ذلك ماذكره بليار وهو ان طفلا عمره شهر اصيب بعد ولادته بخمسة عشر يوما بمدجخني وموجيت متفرق وكان مجلس ذلك الموجيت بحسب الظاهر في الغشاء المخاطي الفمي فحمل مع مرضعته الى المارستان في التاسع من جنفير واخبرت انه يتقيأ كثيرا مشروباته ولا ينتفع بها وصار يأخذ في الذبول يوما فيوما وفي الحقيقة كان هذا الطفل منتقع اللون نحيفا واطرافه السفلى مترشحة وصياحه ضعيفا جدا ونبضه صغيرا بطيأ يضرب في الدقيقة من ستين الى خمس وستين (فكان علاجه الماء المصمغ المحلى وقطع الارضاع واستعمال اللبن الممزوج) وفي العشرين من الشهر زال جزء من ارتشاح الاطراف وقوى صياح الطفل قليلا لكن بحيث يظهر منه انه غير كثير التألم غير انه يتقيأ دائما كل مشروباته (والعلاج كالاول) وفي الخامس والعشرين كانت حالته العامة بعينها ولم يزل القيء مستداما ودامت هذه

الحالة معه الى اليوم الثانى من فورير فانضم للاعراض السابقة اسهال (فاعطى له مغلى الارز المصمغ واللبن الممزوج) ومن الخامس منه الى العاشر زاد النحول والهبوط وتقعر الخدان وتكرشت الجبهة الى غضون ودل الصياح بضعفه على ضعف زائد للمريض ولاسيما ضعف ضربات قلبه بحيث تظهر بواسطة السماع انها ارتعاشات لا نبضات حقيقية فاذا حمل الطفل او غير محله فى مهده حصل له من هذه الحركة غالبا خروج قلس اى سائل لبنى يكون احيانا مخلوطا بقطع صغيرة متجمدة بيضاء جبنية ثم انتهى الحال بالموت فى مساء اليوم العاشر من الشهر ولما فتحت جثته فى الصباح التالى وجد من الظاهر عديم اللون ضعيف الحال كأن جميع اجزائه خالية من الدم وقاعدة اللسان مغطاة بطبقة سميكة من المخاط ووجد الغشاء المخاطى الفمى منتقع اللون والمرىء منتشرة فيه صفحات غير منتظمة شديدة الاحمرار وفى بعض محال منه فساد تام للبشرة المخاطية وماعدا ذلك يوجد فى معظم سعة هذه القناة الغشائية عدد كثير لنقط من الموجيت تتقطع ببياضها مع الاحمرار الشديد للمرىء وينقطع هذا الموجيت بانقطاع بشرة الغشاء ووجدت المعدة فى غاية السلامة والمعا الدقيق متمددا بالغاز وانما يوجد فى نهاية اللفائفى بعض صفحات حمر والغشاء المخاطى كان فيه ابتداء لين وغشاء المعا الغليظ كان احمر مكرشا منتفخا سهل التمزق واما الرئتان فكان فى سعة عظيمة منهما فرقعة وانما يوجد فى طرف اليمنى فقط جزء محدود متكبد والفتحات الجنينية وجدت منسدة والمخ فى غاية السلامة

قال بليار وانما اخترنا هذه المشاهدة لان الالتهاب المزمن والمرىء كان هو الداء المتسلطن وتيسرت لنا مشاهدة اعراضه التى كانت مع الطفل مدة الحياة مع غاية الانتباه فمن جهة نعتبر التقايئ الشاق والنحول السريع والذبول الآخذ فى الزيادة دائما الى وقت الموت ومن جهة اخرى وجدنا المعدة سليمة والمرىء شديد الالتهاب ومبذورا فيه نقط من الموجيت بحيث اننا نلتزم بالطبيعة ان نجعل بين شدة وكثرة القىء وفساد المرىء نسبة قوية تحملنا على اعتبار كون

احدهما

احدهما نتيجة للآخر ومع ذلك لانبادر الآن بتعميم القواعد بل نبقى على ملازمة الابحاث الخاصة فى الامور الواقعية فنذكر مشاهدة اخرى فى موجيت المرئ

وحاصلها ان طفلا ضعيف البنية عمره اربعة عشر يوما دخل المارستان فى الخامس والعشرين من جوين ولم يكن معه اسهال ولا قئ وانما كان غشاؤه المخاطى الفمى شديد الاحمرار وفيه على حوافى اللسان بعض نقط من الموجيت وجميع سطح جسمه متلون بلون يرقانى خفيف (فعولج بمغلى الشعير المصمغ وغرغرة ملينة وحمية عن الرضاع ولبن ممزوج) وفى السادس والعشرين من الشهر حصل له اسهال مادة صفراء وقئ ايضا من مادة كذلك وتغير وجهه جدا وصار مجلسا لانقباضات برهية تدل بحسب الظاهر على آلام وقتية واحمر جدا ما حول دبره وصارت الاطراف باردة والنبض صغيرا جدا وقليل التواتر والصياح ضعيفا لكن غير مكتوم وغير اختناقى (والعلاج كالسابق) وفى الثامن والعشرين صار الغشاء المخاطى الفمى شديد الاحمرار وامتد الموجيت حتى صار صفحات ودام الاسهال وزاد القئ وقل اصفرار المواد وزال اليرقان وابتدأ الطفل فى السقوط والذبول وفى التاسع والعشرين كانت الحالة كما ذكر وفى اليوم الثانى من الشهر التالى وهو جوليت انقطع الاسهال وكثر القئ ولم يقدر الطفل على امساك ما يسقاه ومات فى تلك الحالة بعد الزوال ولما فتحت جثته فى اليوم التالى وجد على اللسان وسقف الحنك طبقة من الموجيت سميكة وفى طول المرئ خطوط من الموجيت ايضا يوجد فيما بينها سلوخ طويلة عميقة جدا ووجدت البشرة المخاطية تالفة فى محاذاة هذه السلوخ التى عمقها احمر لعلى ووجد فى الطرف السفلى للمرئ طبقة سميكة مستوية من الموجيت بقيت البشرة المخاطية تحتها سليمة لانه بعد ان رفع الموجيت وجدت ملتصقة بالغشاء المخاطى الذى كان ينفصل ايضا عن ما تحته بدون تعسر ووجدت المعدة والمعا الدقيق فى غاية السلامة واما الغشاء الباطن للمعا الغليظ فكان رخوا منتفخا بدون احمرار ولم يوجد فى الجهاز التنفسى

والدورى تغيراصلا ووجد المخ سليما

فقدرأينا فى المشاهدتين السابقتين ان التهاب المرئ المصحوب بتغير فى الافراز يتبع الالتهاب الفمى مع الموجيت وشاهدنا التقابلى الشاق حتى عندما كانت المعدة سليمة ومع ذلك يلزم قبل ان نستنتج النتايج النافعة من هذه المشاهدات ان لانترك التفتيش على مانحن بصدده من آفات المرئ واعراضها فنقول ان الالتهاب اذا طالت مدته فى عضو ربما انتهى بالغنغرينا فهل الحال كذلك فى المرئ نقول نعم غيران غنغرينا المرئ نادرة ومع ذلك شوهدت فى الاطفال الصغار وشاهد ذلك المشاهدة الآتية

غنغرينا المرئ * شوهدت فى طفلة عمرها ستة عشر شهرا وكانت مصابة بداء الحدبة فى وسط القسم الظهرى من العمود الفقرى ومنتقعة اللون خفيفة ومع ذلك لايظهر من صياحها ولا من سحنتها هيئة الم شديد فى عضو من الاعضاء وكانت مفطومة منذ اشهر واتفق انها بعد اصابتها بحصبة مباركة عرض لها فى الشفتين انه فاع كان فى الاول على هيئة حوصلات صغيرة شفافة تبدلت بعد ذلك بسلوخ مغطاة بقشور مصفرة (قوباشفوية) ولاجل هذا الداء دخلت المارستان فى سادس افريل ووجدت فيها الاعراض الآتية

وهى قئ كثير خصوصا بعد الاكل وتجشى وقلس حمضى ونبض صغير بطئ وانتقاع عام وفى العاشر من الشهر جفت قشور الشفتين وسقطت ولم تتكون ثانيا ووجد معها فقد لشهية الاغذية واضح وهبوط مستدام بدون انين وبدون صياح وبدون اضطراب والخادمات تصف هذه البنت بلطف الاخلاق والهدو والسكون واما الاستفراغات الثفلية فكانت اعتيادية وكان الجلد حارا والنبض بطيأ يضرب ستين فى الدقيقة وفى الثانى عشر ترشح الوجه بالمصل وحصل فى الاطراف نحول سريع وصارت البنت تتقيأ يسيرا من اللبن الممزوج الذى تشربه وكان وحده هو العلاج المأمور به من الطبيب وفى الثالث عشر حصل اسهال كثير وتوتر فى البطن وارتشاح فى الوجه وهبوط عام وبعض تجشى وقلس بدون قئ والنبض الذى هو دائما صغير صار متواترا بحيث

يضرب تسعين فى الدقيقة واخذت الطفلة فى السقوط المهول وبقيت هابطة ساكتة وتصيح قليلا ويظهر من حالها انها غير متألمة وفى الخامس عشر كانت حالتها كما سبق ووصلت الى اعلى درجة من الهبوط والانتقاع الزائد والاسهال مع بعض تقايى مادة مخاطية مخلوطة بندف مبيضة وفى السابع عشر لم يكن شئ عظيم الاهتمام الا تقدم النحول وزيادة الاسهال من مادة سائلة صفراء والبطن دائما منتفخ متوتر والى الآن لم يعط للطفلة الا مغلى الارز المصمغ واللبن الممزوج ومن السابع عشر الى العشرين بقيت المريضة دائما فى هبوط وانحلال كل يوم حتى جاء الموت فى الليلة الحادية والعشرين بدون ان تشاهد اعراض غير ماذكرنا ولما فتحت الجثة فى اليوم الحادى والعشرين وجد اولا ظاهر الجسم عديم اللون زائد النحول ووجد الفم سليما غير انه شوهد فى الوجه الخلفى لقوائم اللهاة وعلى جوانب المزمار بعض نكت سنجابية رخوة محاطة بدوائر شديدة الاحمرار وشوهد مثل ذلك فى طول المرىء حيث تحول غشاؤه المخاطى الى خشكريشة واسعة لونها هبابى ولما رفعت اهدابا وجد بينها الخلية شديدة الاحمرار وسلوخ عميقة تكاد تنفذ من سمك المرىء ووجدت البشرة المخاطية تالفة فى معظم سعته ولا يتكون منها فى الحال الموجودة فيها الا قطع صغيرة غير منتظمة رخوة ملفوفة على نفسها وينتشر من هذا المرىء رائحة الغنغرينا ولا يوجد فى المعدة الا بعض حزوز حمر واما الغشاء المخاطى فى المعا الدقيق فكان عديم اللون بخلاف غشاء المعا الغليظ فانه وجد سميكا احمر سهل التمزق مغشى بمادة مخاطية زائد الكثرة والصفا ووجدت الرئة سليمة والفتحات الجنينية مسدودة ولب المخ سليما وانما تحتوى بطيناته الجانبية على مصل اكثر من العادة بيسير

ومن العسر جدا تشخيص التهاب مريئى وصل الى الحد الذى ذكرناه بمقتضى العدد القليل من الاعراض والحالة المستورة لهذا الطفل مدة الحياة ولذلك حصل اندهاش وتعجب عند فتح الجثة من وجدان هذا الفساد العميق فى قناة المرىء ومع ذلك نعتبر ان العلامة الممكنة لهذا الالتهاب هى التى مهما كانت

ندرته والتجشي الكثير الذي كان مع هذا الطفل واما قلة الالم المأخوذة من حالة الطفل وعدم وجود اعراض الحمى معه مع انه كان متقدما في السن فيمكن ان ذلك بسبب كون الداء في جزء اصيب بالموت من ابتداء الالتهاب
وبالجملة قد علمنا من تلك المشاهدات التغيرات الرئيسة التي يقوم منها التهاب المريء ويصح ان نزيد عليها ان البشرة المخاطية قد ترتفع من بعض المحال على هيئة تقشر بدون ان يوجد هذا الاثر لالتهاب مصحوب بهذا التغير وان الغشاء المخاطي للمريء قد يوجد ملونا بصفرة في المحال المتعرية من البشرة المخاطية وان باطن هذه القناة قد يوجد مغشى وملونا بالمواد المقذوفة من المعدة نحو الفم اما مدة الحياة او وقت الموت فينبغي الحذر من ان تشتبه آثار الالتهاب بهذه التغيرات المختلفة في اللون فان هذه ليست عظيمة الاهتمام قال بليار وقد وجدت مرة لينا هلاميا في الطرف السفلي من المريء الى اول ثلثه الاسفل بحيث قارب ان ينثقب وسنذكر هذه المشاهدة في الكلام على النزيف المعوي لان الطفل الذي هو موضوعها كان معه ذلك ايضا
واذا اردنا ان نذكر على سبيل الاجمال الاعراض التي شاهدناها مفصلة في الاطفال المصابين بالالتهاب المريئي نرى ان اكثرها هو القيء وان هذا القيء يحصل غالبا بدون التهاب معدي وان صفته الخاصة هي ان يعرض اما بعد الازدراد حالا او بعد استقرار المشروبات والاغذية في المعدة زمنا يسيرا والصفة الخاصة لمواد القيء هي ان تخرج كما دخلت تقريبا فتخرج المشروبات بالصفة التي كانت عليها حين تعاطاها الطفل واما الاعراض الاخر كرفض حلمة الثدي وعدم الشهية للمشروبات وازدراد الاغذية التي فيها بعض سيولة باسهل من ازدراد السائلة والضعف المتزائد والهبوط فهي اعراض عامة توجد في امراض غيره من اجزاء القناة الهضمية ولا يلتفت اليها الا تبعا
قال بليار واظن انه لا بأس ان نشرح الالتهاب المريئي في المولودين جديدا باسبابه واعراضه وعلاجه بعد ان اوضحناه ببعض مشاهدات مخصوصة فنقول

الاسباب

الاسباب * الاحتقان الاعتيادى فى مرىء المولودين ينبغى ان يكون من الاسباب المهيئة لالتهاب المرىء الذى وجوده فيهم اكثر من وجوده فى الكبار البالغين واما عدم ذكر بعض المؤلفين الذين كتبوا فى امراض الاطفال لهذه الكثرة فذلك لاهمالهم ايضاح ذلك بالبحث فى الجثة بعد الموت وخصوصا فى البلعوم والمرىء واما الاسباب المسببة فتنشأ من طبيعة ودرجة حرارة المشروبات التى يؤمر بها للاطفال فاذا قصد تقويتهم باعطائهم ملاعق من النبيذ والامراق واللبن الحار لزم ان هذه المشروبات تهيج العضو الذى تمر فيه حيث كان قبل ذلك مجلسا لاحتقان دموى يجعله مستعدا للفساد استعدادا غريبا

الاعراض * الطفل المصاب به يحصل له قىء سريع للبن الذى يسقى له بدون ان يعطى زمن للسائلات تنهضم فيه ويرفض ثدى مرضعته فلا يتغذى بشىء ويهزل ويموت بدون ان تحصل له الاعراض التى سنذكرها فيما يأتى فى التهابات الاجزاء الاخر من القناة الهضمية واحيانا يتقيأ سوى مشروباته المواد التى تأتى من المعدة لكن ذلك نادر ما لم يكن هنالك مع ذلك التهاب معدى معوى ويقرب للعقل انه يوجد ايضا الم تختلف شدته فى مسير المرىء غير انه لم يوجد فى الخارج علامة تحقق لنا ذلك ولكن يمكن اظهاره من حالة الطفل بان يضغط عنقه على مسير المرىء فان صاح من ذلك علم وجوده كذا قال بليار حسبما افهمته المشاهدات وذكر مونديران من الاعراض التى تقرب من ان تكون دائمة الفواق والقلس الكثير والقىء المتكرر فالذى زاده بليار هنا هو قىء اللبن الذى يسقى له بدون ان يوجد فيه تغير من الهضم ولكن ماذكره بليار من ان صياح الطفل اذا ضغط على عنقه يوضح وجود الالم فيه شىء وان ذكر مونديير مثله ايضا وذلك لان الضغط على عنق الطفل الصغير المولود قريبا يعرض صياحه وان لم يكن معه التهاب مريئى فالحق ان هذه واسطة غير موثوق بها

اصناف الالتهاب المريئى * التغير الذى يقوم منه هذا الالتهاب لا يكون دائما كما ذكرنا فقد يكون مجرد التهاب بسيط اواريتيماوى وقد يكون التهابا مع تغير

فى الافرازوقد يكون التهابا غنغرينيا ولما كان هذا الالتهاب فى الغالب تابعا
للالتهاب الفمى وكان لهذا صفات مشاهدة بالبصر تميزه عن غيره كان ذلك حاملا
على ظن ان الطفل يكون مصابا بالتهاب مريئى مع قلاع اوموجيت اذا
كانت الاعراض التى ذكرناها تابعة لالتهاب فمى مصحوب بقلاع اوموجيت
ويظهران من العسر تشخيص قروح المرىء وغنغرينته مالم يتقيأ الطفل بقايا
ناتجة من الفساد المسبب من الداء فى المرىء

العلاج * ينبغى قبل كل شئ ان يمنع عن المولود تعاطى المشروبات المنبهة
او الشديدة الحرارة فلا يسقى الا ما كان فى درجة حرارة اللبن الخارج من ثدى
المرأة فاذا شوهد تقايئه كثيرا بعد الشرب حالا ينبغى ان لا يرضع ولا يسقى
الا كمية يسيرة ويوضع له ضماد على العنق خصوصا اذا شوهد عروض اعراض
التهاب المرىء حسبما يقرب للعقل بعد التهاب الفم وينبغى ان يهيج جزء بعيد
من القناة الهضمية تهيجا خفيفا اما ببعض قمحات من الزيبق الحلو المسمى
كلوميلاس او بحقن صغيرة من اللبن المحلى ومن حيث ان الطفل فقد التغذية من
طريق الفم فضعف بسبب ذلك وهزل ينبغى ان يجتهد فى تغذيته من طريق آخر
بان يحقن المستقيم بمخلوط اجزاء متساوية من اللبن والمرق او من اللبن الموضوع
فيه قليل من دقيق تفاح الارض اونحوه

قال بليار وما شاهدت فى الاطفال المولودين الالتهاب العصبى فى المرىء
انتهى مع انه قد يوجد فى المقدمين فى السن ويعرف فيهم باحساس بعقدة
او بجسم غريب يصعد من المعدة نحو البلعوم ويكفى لتجديد ذلك فى الشخص
ادنى تأثير من البرد او الغم اوغيره من الانفعالات النفسانية واذا اكل الشخص
ذهبت اللقمة من البلعوم بسهولة غيرانها تقف فى محل من المرىء فتسبب
الما يستشعر به بين الكتفين واحيانا تنقذف الى الخارج بحركة قىء ومعرفة
ذلك فى الاطفال الكبار ممكنة اما فى الصغار فعسرة ثم قال بليار ومع ذلك يصح
ان فيهم ينشأ احيانا من انقباض تشنجى فى هذا العضو لكن لما لم يتيسر لى
تأكيد ذلك بالمشاهدات اكتفيت بذكره مع الشك قال ولنتمم هذا المبحث بذكر

الموافقة العظيمة الاهتمام بين التهاب المرىء والقىء مع ان المؤلفين فى امراض الاطفال لم يلتفتوا الذلك وانما يذكرون فى مؤلفاتهم شرحا طويلا على القىء بدون ان يتعرضوا لكون التهاب المرىء سببا من اسباب هذه الظاهرة المرضية مع ان المشاهدات التى ذكرتها تدل على ان القىء عرض عام للالتهاب المريئى لانى اخترت لشرح اعراض هذا الالتهاب شرحا تفصيليا احوالا لم تشارك المعدة فيها المرىء فى الالتهاب

واذا تذكرت التجريبات التى فعلها بكلار لتوضيح المخالفات التى تتعلق بتجريبات ماجندى وغيره تحققت ان بكلار عرف ان المرىء له دخل قوى فى القىء كما عرف ذلك غيره سابقا من زمن طويل وان المعدة المنضغطة بالعضلات البطنية والحجاب الحاجز تصير ماعدا ذلك منجذبة بالمرىء الذى بقبوله مواد القىء ينقبض على نفسه فيدفعها الى الخارج بفعله الذاتى وما ذكرته هنا يقوى ذلك وذلك لانا اذا فرضنا المرىء ملتهبا ادركنا انه حيث كان دائما متنبها من فعل التهيج الذى هو محل له لابد وان يفعل انقباضات كثيرة قادرة على قذف المواد المحوية فى المعدة وربما كانت سهولة تقايى المولودين مشروباتهما ناشئة من الاحتقان الاعتيادى فى المرىء وانما لمحنا لتلك الاعتبارات الفسيولوجية وان كانت خارجة عن موضوعنا لعلمنا بان جميع الفروع الطبية مرتبطة ببعضها وانه لا ينبغى متى اسعف الحال ان يترك توضيح شىء منها باخر

ثم ان القىء يمكن ان يكون علامة مشتركة بين امراض اخر كثيرة لكن لا نتعرض له بالنظر لتلك العرضية المشتركة الا اذا ذكرنا الاحوال التى يمكن مشاهدته فيها

القسم الرابع

فى امراض جزء القناة الهضمية الموضوع تحت الحجاب الحاجز

لنقسم الكلام فى هذا الجزء من القناة الهضمية الى فصلين احدهما للمعدة والثانى للامعاء

الفصل الاول

فى امراض المعدة

فى هذا الفصل ثلاث مقالات

المقالة الاولى

فى عيوب التكون اى امور غير اعتيادية فى المعدة

المعدة لا تقوم فى اول خلقتها الا من قناة منتفخة قليلا بالنسبة لباقى القناة الهضمية وتكون موضوعة وضعا قائما حتى يعظم تحدبها الكبير بعد ان لم يكن فى الابتداء شيأ مذكورا وتتسع فى العرض والسعة فيتغير شكلها واتجاهها الاولين والفتحة المريئية تكون منفتحة متسعة مدة جميع الحمل والبواب يبتدأ فى الضيق نحو الشهر الرابع تقريبا ثم من الشهر السادس الى الولادة يظهر تدريجا الصمام الذى يحد هذه الفتحة وعند تمام الحمل يصير فى الغالب تاما وان قيل بخلاف ذلك

والامور الغير الاعتيادية فى المعدة انما تكون بالاكثر فى وضعها ولقد عرف عندنا امثلة كثيرة فيها انخرام كلى اى تغير انتظام فى الاعضاء البطنية كلها والمعدة من جملتها تشاركها فى انخرام الوضع وقد شاهد بارون كثيرا من ذلك فى بيت اللقطاء

واما الامور الغير الاعتيادية فى شكل المعدة فكثيرة غير انها قليلة الظهور كالتضايق الذى يوجد فى طولها وكأنه يقسمها الى جزئين اوثلاثة فتشبه ماهو من امثال ذلك فى بعض الحيوانات وقد شوهد لكن على سبيل الندرة عدم اتصال المعدة بالاثنى عشرى اوانها لا تنفتح فيه الا بفتحة ضيقة جدا على انه شوهد ايضا ضيق عظيم فى هذه الفتحة اليسرى المذكورة مضاعفة بعدم وجود الصمام البوابى

والفقد الكلى للمعدة لم يشاهد الا فى الاطفال الذين عدم فيهم ايضا اعضاء اخر كثيرة

واما فتوق هذا العضو فكثيرة ممكنة فى بعض احوال مخصوصة وسنتكلم عليها

المقالة الثانية

فى امراض المعدة التى تظهر مدة الحياة داخل الرحم

ينبغى لاجل ان تعرف جيدا الحالة المرضية للمعدة فى المولودين ان تعرف اولا حالتها السليمة وقد نتج من بحث الطبيب بليار فى معدة بعض اجنة ان الوجه الباطن للمعدة يكون دائما ابيض ورديا واضحا ويوجد فى الغشاء الباطن خمل بارز يبكر ظهوره وربما كان اكثر ظهورا منه فى البالغين ثم من الشهر الرابع الى الخامس يسهل جدا فصل هذا الغشاء عن ما تحته من الاغشية لخفة التصاقه بها وذكر مكيل انه يصير عظيم السموكة من الرابع الى الخامس من العلوق وهذا مظنون بمبادى النظر واما بتدقيق النظر فينبغى ان تعلم انه اذا ازيل يزال معه غالبا الغشاء العضلى والطبقة الخلوية التى تحته لانها لكونها لم يتم تمييزها كما فى الكبار تنضم بالغشاء المخاطى وتلتصق به وتزال معه عند ازالته واما وقت الولادة فالمعدة فى الاطفال تكون غالبا قليلة التمدد والاتساع وتحتوى على بعض مواد مخاطية خيطية تختلط احيانا بقطع متجمدة بيضاء يظهر انها مخاط جامد وكثيرا ما يوجد فى الاطفال الذين يموتون وقت الولادة وقبل ان يشربوا شيأ من اللبن طبقة من المخاط يختلف سمكها وتلتصق بسطح العضو واذا رفعت بالظفر او بنظهر مشرط وجد الغشاء الباطن تحتها جيد السلامة وهذه الطبقة تزول من الطفل بعد بعض ايام وهى التى اعتبرها بعض المؤلفين ولاسيما قابرون اوساخا ينبغى تحريض خروجها فى الاطفال المولودين وسيأتى لنا ان مثل ذلك يشاهد ايضا فى القناة المعوية ونذكر هنا ما يتعلق بوصيتهم بتحريض اندفاع هذه المواد

ولون المواد المحوية فى معدة المولودين يختلف من لون بياض البيض الى لون المواد الصفراوية الكراثية ويوجد فيها احيانا مخاط مخلوط بخطوط حمر او مسمرة لكن هذه التغيرات ناشئة من اسباب سنتكلم عليها عندما نتكلم على امراض المعدة

احتقان المعدة فى الاجنة * احتقان المعدة كثير فى الاجنة والمولودين ويختلف من الاحتقان الشعرى المتفرع الى اللون البنفسجى العام فى جدرانها ويلزم دائما للوقوف على السبب ان يعتبر حال الموت الذى مات به الطفل فلما كان الغالب هو الموت بالاختناق فى الاجنة الذين يولدون امواتا كان كثيرا ما يوجد فيهم احتقان دموى فى المعدة موافق للامتلاء العام فى اوعية الخملة التى يقف فيها غالبا دم اسود سائل وكثيرا ما يوجد مع الاحتقان المذكور مقدار كبير من دم متصاعد على سطح المعدة فى الذين ماتوا فى بطون امهاتهم او عند ولادتهم او بعد الولادة ببعض ساعات ولا ينبغى لنا نسبة هذه الاحتقانات الخلقية للالتهاب الا انها قد تتسبب من سبب ميخانيكى

التهابات المعدة فى الاجنة * قد تفسد الالتهابات يقينا معدة الطفل حين كونه محويا فى الرحم فيحصل منها اتلاف واضح فيها غيره مشكوك فيه ولنذكر امثلة لذلك ساقها بليار

منها ان مولودا دخل بيت الاطفال فى سابع جوين قبل الزوال باربع ساعات ومات فى المساء بدون ان يوجد معه من الاعراض الا صياح شاق وانقباض يقرب للاستدامة فى تخاطيط الوجه وبعض قئ من مواد مسودة وفتحت جثته فى اليوم التالى فكانت اطرافه متيبسة وظاهر الجسم سمينا والجلد زائد التلون والحبل السرى فيه بعض ذبول ووجد احتقان ضعيف واحرار بنفسجى فى البلعوم والحنجرة والمرئ واجربة صغيرة كثيرة بيضاء فى الوجه الباطن للمعدة وتنقب فى التحدب الكبير للمعدة بقروح مستديرة بدون انتظام ناتجة كما هو واضح من فساد تركيب الاجربة المخاطية لان منها ما كان متقرح النصف وتلك القروح التى هى سطحية ومكونة فقط من الغشاء المخاطى مركزها اى عمقها اصفر جميل وحوافيها المنتفخة قليلا حمراء لعلية متخللة بالمنظر الابيض للغشاء المحيط بها ووجدت المعدة محتوية على بعض مخاطية خيطية مخلوطة بندف سميكة لونها ازرق وبخطوط من دم لم يتغير لونه والغشاء المخاطى للمعا الدقيق كان عديم اللون بدون لين ووجد فى الاعور جملة من الاجربة

المبيضة لامعة قليلا ومحاط كل منها بدائرة حمراء غير انها لم تزل غير متقرحة ووجد شيء من تلك الاجربة في قولون الذى هو سليم مماعدا ذلك واحتقان دموي في الكبد وخضرة كراثية في الصفراء المحتوية عليها المرارة واحتقان دموي في الرئتين واما الفوهات الجنينية فاخذت في الانسداد والمخ قوى الاحتقان ولبه رخو وسهل تتبع الاوعية فيه حيث كانت اكثر عددا واعظم تقاربا بعضها نحو الجسم المضلع فشوهدت ذاهبة متشععة نحو كل نصف كرى

فهذه المشاهدة تدل دلالة واضحة على امكان حصول التهاب في المعدة مدة مكث الجنين في الرحم وينسب ما يوجد بعد الولادة من الفساد له ويمكن ان تنسب له اعراض يتحير فيها الطبيب فهنا كان المصاب بالاكثر هو الجهاز الجرابى وفساده الذى كان قليلا في الاعور قد يتفق لو طالت المدة ان ينتهى حاله بان يصير كما في المعدة اذ الظاهر ان حدوثه كان جديدا لان الطفل لم يكن هزيلا فلم يوقف نموه ومن ذلك يقرب للعقل انه ظهر في اواخر ايام الحياة داخل الرحم قال بليار وقد شاهدت مرات كثيرة هذا التغير في اطفال ماتوا بعد الولادة بزمن يسير ولم تظهر نحافة في جثتهم وذلك يحمل على ظن ان هذه الآفة تظهر غالبا في اواخر الحياة الرحمية والاعراض تكون محصورة هنا في المنظر المقطب للوجه والصياح الشاق وقيء المواد المسمرة وهذه العلامات قد تكون موجودة ايضا مع امراض اخر في القناة الهضمية مع انى كثيرا ما شاهدت قيء المواد المسمرة في حالة التقرحات الجرابية في المولودين ويظهر لى انها نتيجة تغير في الدم المتصاعد في المعدة كما يؤكد ذلك الخطوط الحمر المخلوطة بهذه المواد وعلى كل حال هذه الاعراض وان جاز ان تكون مبهمة الا انها تستدعى بطبيعتها انتباه الاشخاص المخصوصين بمراعاة احوال الاطفال انتهى وشاهد دينيس هذه القروح الجرابية ايضا وذكر له امثلة لها وسنتكلم عنها في هذا الكتاب اذا استدعى الحال ذلك وبالجملة هذا النوع من التهاب المعدة كثير الوجود بحيث يمكن ان يعد مخصوصا بابتداء الحياة خارج الرحم ومن

الواضح انه ماعدا صفاته المخصوصة وكثرة وجوده يكون وجوده قبل الولادة اقله ببعض ايام ولا يشك فى تقدمه وكثرة عدد قروحه خصوصا اذا مات الطفل بعد الموت حالا او بزمن يسير كما شاهد ذلك اوانفير فى طفل عاش عشرين ساعة ووجد فى غشاء معدته ثمانية قروح ولم يتلف الا الغشاء المخاطى فقط وكانت حوافى القروح حمراء ولون عمقها اصفر جيلا وذكر كروفليير امثلة كثيرة فى كتابه فى التشريح المرضى وصور صورة القروح فيها فكانت موافقة لما صوره بليار فى اشكاله التى عملها او رسم ايضا مع تلك الصور جملة امثلة فى موجيت الفم والمعدة فيكون ذلك تأييد الماذكره بليار من ان الموجيت قد يوجد فى غير الفم

ومنها ان مولودا انثى ولد فى الثالث عشر من نوفمبر نحيفا ضعيفا وصار يأخذ فى الضعف والهزال والهبوط كل يوم فدخل المارستان فى التاسع عشر اعنى بعد ولادته بستة ايام وكانت اطرافه السفلى اوذيماوية متيبسة وفى جسمه انتقاع عام وفمه خلى وجلده حار جاف ونبضه صغير جدا ومعه اسهال اصفر كثير وصياحه اختناقى يكاد ان لا يسمع وبالقرع على الجانب الايسر للصدر يسمع منه صوت اصم ولغط التنفس لا يسمع هناك (وعلاجه كان بمغلى الشعير المصمغ ولعوق ولبن ممزوج) ومن العشرين الى الثانى والعشرين لم تظهر اعراض اخر وانما كان يتقيأ من المشروبات التى تسقى له كمية يسيرة مع ندرة ذلك ايضا وصار صياحه حادا قصيرا شاقا وفى السادس والعشرين انقطع الاسهال غير انه عرض له كثرة القىء وعسر وقتى فى التنفس وصار فى اطرافه بعض تلون بنفسجى والرشح فيها لم يزل دائما ومات الطفل فى الثامن والعشرين

فلما فحصت جثته وجد احمرار شديد مع انتفاخ واضح فى الغشاء الباطن للمرىء وسيما طرفه السفلى والمعدة كانت متمددة بالغاز مبيضة فى معظم سعتها وقوام غشائها الباطن كان كما فى حالة السلامة ولكن وجد فى محاذاة الثلث البوابى فى اتجاه التقوس الكبير قرحة عميقة مستديرة قطرها خطان وحوافيها حمراء مسمرة مرتفعة جدا ومقطوعة بانحراف ولم تحط هذه القرحة بانتفاخ التهابى وكان عمقها مسود المنظر مكونا من الغشاء المصلى للعضو لتلف جميع سمك

الغشاء المخاطى ويؤخذ من شكلها وهيئة حوافيها انها نتيجة فساد بجراب مخاطى وتشبه من جميع الوجوه القروح الجرابية المزمنة التى توجد فى القسم اللفائفى الاعورى عند بعض المسلولين فاذا نظر للمعدة من الظاهر شوهد فى الجزء المحاذى للقرحة شبه نكتة مسمرة مستديرة محاطة ببعض فروع من اوعية قليلة التفرع وكان المعا الدقيق سليما وقولون فيه بعض انتفاخ واحتقان يسير ووجد فى الرئة اليسرى ابتداء تكبد والفوهات الجنينية منفتحة والمخ لم يكن فيه الا احتقان يسير

قال بليارواطن ان هذا الطفل كانت معه قرحة المعدة التى ذكرناها من وقت الولادة والتهاب المرىء انما عرض فى الازمنة الاخيرة وينبغى ان ينسب لظهوره كثرة التىء وتواتره وذلك الالتهاب مع التهاب الرئة الذى كانت علاماته مدة الحياة واضحة لاشك انهما السبب الرئيس لموت هذا الطفل واما ضعفه وذبوله فينسب لقرحة المعدة وتلك القروح التى هى غير مؤلمة كغيرها من الآفات المزمنة كان يتأتى شفاؤها دون الالتهابين الآخرين اللذين بتقدمهما كانا سببا لفقد حياة الطفل

والتهاب المعدة فى الاطفال المولودين قد يوجد له اشكال اخر ويتنوع من مجرد احتقان شعرى الى فساد شبيه بالفساد الذى ذكرناه ومعرفة ذلك عسرة يقينا ومع ذلك اذا شاهد الطبيب فى طفل مولود بعض اعراض الالتهاب المعدى التى سنذكرها فى محلها لزم ان يبادر باسعافه بالوسائط المذكورة فى علاج هذا الالتهاب

المقالة الثالثة

فى امراض المعدة التى تظهر بعد الولادة

ذكر قدماء الفلاسفة وسيما انكساجوراس قاعدة اصلية وتداولها الناس بعد ذلك واشتهرت ودخلت فى جميع العلوم العقلية والنقلية وهى ان كل شىء له سبب والعرب قديما تعرف ذلك وجاء فى القرآن العظيم وجعلنا لكل شىء سببا وتمسكت الاطباء بذلك فقالوا لابد للنتيجة من سبب منتج واوضح

ذلك فى هذه الازمنة الاخيرة بكلار وروستان وسيابروسيه فتكدر وظائف عضو من الاعضاء لابدوان يكون نتيجة تغير فى ذلك العضو ويفهم من كلام بلتيار كغيره من مهرة الاطباء الآن ان هذه القاعدة العامة وان كانت جيدة الصحة الا انها لا تؤخذ على عمومها ولا ان توضح بتوضيح فاسد لان ذلك يزيل كثرة الاهتمام بها وحقيتها وبيان ذلك ان وظائف العضو قد تتكدر بدون ان يوجد فى تركيب هذا العضو نفسه تغير محسوس مع ان السبب المادى لهذا التكدر موجود الا ان وجوده فى جهة اخرى فعلى الطبيب ان يبحث عليه حتى يقاومه ودراسة امراض المعدة والامعاء فى الاطفال الرضع تثبت لنا حقيقة ما قلناه اذ كثيرا ما يوجد تكدر فى وظائف معدتهم بدون وضوح تغير فيها ويمكننا هنا ان نوضح هذه الظاهرة بان نجرى على الطفل ما يجرى على البالغين من حصول الاعراض التى تسمى سمباتويه اى اشتراكية بين المعدة وغيرها من اعضاء الجسم ونتمسك فيما نذكره بالصدق والامانة ونجتهد فى ان نعرف اولا بالبحث التفصيلى فى الامور الواقعية الاسباب التى تنتج هذه الآفات فلا بأس لاجل انتظام حسن السلوك والسير فى هذا العمل ان تقسم البحث فى امراض المعدة فى الاطفال الى قسمين المبحث الاول فى تكدر وظائف المعدة بدون اصابة محسوسة لجدرانها والمبحث الثانى فى الآفات العضوية فى المعدة مع تكدر وظائفها او بدونه

المبحث الاول

فى تكدر الهضم المعدى (اى التخمة)

المولودون والاطفال الرضع كثيرا ما يتقيأون اللبن الذى يرضعونه بعد شربه بزمن ما طويل او قصير فاحيانا يخرج منهم بالصفة التى دخل عليها واحيانا يخرج منهم ندفا متجمدة او منعقدا الى كتل يختلف عظمها وقد تكلم معظم المؤلفين على هذه الظاهرة المرضية فى مبحث القىء ولهذه التخمة درجات كثيرة فتارة لا يكون الطفل مصابا الا بمجرد قلق يعرضه التهوع والفحك القهرى وتناول مقدار كبير من اللبن فى آن واحد فتتمدد المعدة جدا وتتخلص حينئذ عن الزائد

من

من الاغذية الحجوية فيها بفيضان بسيط وتارة يكون التقايى نتيجة تكدر هضمى حقيقى اى سوء هضم لان هيئة مواد القيء ومنظرها يتحقق منهما ان التأثير الهضمى للمعدة لم يقدر على تغير اللبن بحيث يصيرا هلالا ان يمتص فاذا شوهد طفل يتقيأ فى الحالة الاولى كان ذلك لاستعداد فيه بحيث يكفى لحصوله ادنى حركة تفعل فى جسمه بقصد انبساطه وانشراحه بل يكفى ايضا التقيئه المشروبات التى يشربها واللبن الذى يرضعه ان تمشى المرضعة به وهى حاملة له مشيا عنيفا ولذلك يكفى لمنعه تبعيد السبب

وكثيرا ما يوجد اللبن متجمدا الى كتل فى المعدة حيث لم يتيسر هضمه كما نبه على ذلك ونزيتن وغيره ونسبوا سبب ذلك لزيادة الحمض فى المعدة اذ من الواضح انه كثيرا ما ينتشر من فم الاطفال حينئذ رائحة حمض زائدة الوضوح كالرائحة التى تشاهد مثلا دائما بعد تكدر الهضم قال بليار قد وجدت فى خمسة عشر طفلا ماتوا بآفات غريبة عن الطرق الهضمية ان المعدة ممتلئة بلبن متجمد وثلاثة منهم فقط كان معهم احتقان خفيف فى المعدة واما البقية اى الاثنى عشر فكانت جدران هذا العضو فيهم مبيضة فى غاية السلامة فاذا فرضنا ان هذا التجمد فى اللبن ناشئ من سبب آخر غير الالتهاب فما هذا السبب اهذا ناشئ من كون اللبن الذى تعاطاه الطفل كثير الجبنية اومن وجود حوامض فى المعدة تجمد بسببها هذا السائل وهل هذه الحوامض موجودة فى المعدة من قبل اوناتجة من فساد اللبن اوان هذه التخمة ناشئة من كون المعدة غير متمتعة بجميع القوة الحيوية والفعل العصبى الذى ينتشر فيها مدة ممارسة وظائفها الهضمية وهذه مسئلة لا يتيسر لنا الوقوف على اجوبتها ولكن نعتبر هذه الظاهرة هنا مهما كان سببها نتيجة سوء هضم معدى حقيقى بدون التهاب فى العضو ولا اصابة ظاهرة فى جدرانه ولنبادر فى شرح اوصاف هذا الداء كما شرحه الاطباء خوفا من ان يفهم احد ان الطفل يكون مصابا بالتهاب معدى متى لم ينهضم لبنه الذى يشربه اوتقيأه بعد زمن ما على هيئة قطع صغيرة متجمدة وقد ذكر بنيت هذا القلس اللبنى فى الاطفال الرضع وشرحه بشرح

مخصوص وذكر تجربيات كثيرة فعلها فى الحيوانات يؤخذ منها ابطال الرأى المشهور عموما وهو ان العلامة الرديئة لصحة الطفل هى تقايبه اللبن حامضا متجمدا فاثبت هذا الطبيب عكس ذلك وهو ان هذا التغير المزدوج فى اللبن انما هو تغير اولى يكابده هذا السائل ليسهل هضمه بعد ذلك

ومع ذلك قد يتفق ان المعدة لوجود التهاب فيها لا تهضم الطعام فيتقيأ الطفل اللبن الذى يشربه متجمدا لكن فى تلك الحالة ينضم لهذا القىء الاعراض المخصوصة الدالة على وجود هذا الالتهاب فى المعدة وبها تعرف الآفات المصاحبة لهذا القىء وهناك احوال اخر يتكدر فيها الهضم بالكلية فكما تقذف المعدة المشروبات والاغذية التى تحتوى عليها تقذف ايضا المواد المعوية التى تطفو نحو المعدة ويصح ان تنسب هذه العوارض لالتهاب شديد فى المرىء كما ابيناذلك سابقا اولالتهاب معوى فى اللفائفى اوانسداد تام فى القناة الهضمية وسنتكلم عن هذه الانخرامات الهضمية عند ما نتكلم على الامراض التى تحدثها وليس هناك مرض فى الجهاز الدورى اوالمخى الشوكى الاويمكن ان يكدر الهضم المعدى فى المولودين جديدا اويسبب تقيئهم وهل تصاب الاطفال الرضع بالآلام المعدية نقول يعسر اثبات ذلك لان الوجع المعدى من حيث انه يعرف غالبا بالم كامن مستدام اومتردد تكون المعدة مجلسا له ولم يكن هناك واسطة يعرف منها تشكى الطفل من ذلك لم يكن هناك دليل واضح على وجوده فيهم لكن من حيث انه يشاهد فى اعضاء اخر نتيجة الانخرام العصبى المشابه للانخرامات المتعلقة بالتكدرات العصبية فى الهضم يمكن ان نفرض فى معدة الاطفال الصغار زيادة مرضية فى الحساسية ولا شك ان هذه الحالة هى التى عناها كثير من الاطباء فى الكلام على قابلية التهيج القوية فى المعدة والقىء التشنجى فى الاطفال ولكن نقول انهم ابهموا توضيح هذا الموضوع ولم يبنوا دعواهم على امور واقعية لعدم امكان وجدانهم ذلك يقينا واما ماذكره روزان من ان القىء يصدر من الحركات النفسانية وسيما الخوف والانفعال القوى من عدم بلوغ المراد فذلك يقينا انما هو فى الاطفال الذين هم

اكثر

اكثر تقدما فى السن ممن نحن فى دراسة امراضهم الآن وقد ذكروا ايضا من اسباب تكدر الهضم التسمم فيسبب القىء فى الاطفال وذلك التسمم يحصل بادخال جواهر مسمة فى المعدة آتية من المواد المعدنيه التى تتركب منها لعب الاطفال اومن الاوانى التى توضع فيها اغذيتهم لكن هذا العارض نادر جدا فى السن الذى لا يتغذى فيه الطفل الا بلبن مرضعته او بالامراق الخفيفة ولون مواد قىء الاطفال لا ينبغى التهاون به لانه قد يتضح لنا منه سبب القىء وسنرجع كثيرا لهذا المبحث الذى يتم به الشرح لامراض القناة الهضمية وانما نذكر هنا انه اذا لم يكن محل التخمة الا فى المعدة فقط تكون المواد دائما مبيضة وقد تكون صفراء والغالب ان تكون نصف سائلة او متجمدة

واما معالجة هذا النوع من التخمة فلا نذكر فيها هنا الا بعض كلمات اذ الغالب ان هذا القىء يقل الاهتمام به بحيث لا يلزم له زيادة الانتباه وهذه وصية اندروود حيث ذكر ان المراضع والامهات تطمئن قلوبهن من ذلك فيعتبرن القىء نافعا للاطفال وكأنه محل لصحة وافية فيهم ولكن نقول اذا كان متكررا كثيرا والطفل منتقع اللون ضعيفا من عدم التغذية كان لا بأس باتباع وصية روزان وهى ان اول شئ يفعل هو ان لا يسقى الطفل او يرضع فى مرة واحدة الا كمية يسيرة فاذا وجد فيه علامات سوء الهضم بعد ان تعاطى كمية من اللبن اكثر مما تتحمله معدته لزم ان يجتهد فى تفريغها بان تغمس الغلصمة بريشة مبتلة من زيت الزيتون واذا كان حقا ان المعدة قد لا تقدر احيانا على هضم اللبن لكونه كثير الجبنية افلا يصح ان يبدل حينئذ الارضاع الامى بالارضاع الصناعى ولا يغذى الطفل الا باللبن الممزوج او بمصل اللبن فقط فاذا لم ينهضم هذا ولا ذاك لزم اعطاء اغذية اخر كالامراق الخفيفة والاغذية الهلامية والادقة الخفيفة كالبرغل ونحوه

فاذا كان القىء المتكرر مصحوبا بتصاعد ظاهر لرائحة حمضية او كان مسبوقا او متبوعا بخروج مادة مخاطية خيطية بهيئة قلس وبالاختصار لم يكن مع الطفل اعراض التهاب معدى لم يحصل خطر من استعمال بعض قمحات

من المغنيسيا المكاسة ومن غير النافع ان يضم لها الكمون والايرسا والزعفران وان اوصى بذلك روزان لانها تؤثر يقينا على هذا المخلوط ومن غير النافع ايضا الاستعانة بماء الشمار على حلها ويصح ان يكتفى بملعقة من الماء السكرى واوصى غرديان بماء الراوند او بالراوند نفسه منضما مع المغنيسيا لكن يلزم ان يعلم ان هذه الوسائط تكون مضرة اذا كان هنالك ادنى التهاب فى المعدة وانه لا يؤمر بها طبيعة متى كان هنالك قىء لان هنالك اسبابا كثيرة سنذكرها على التتابع قد تحدثه وان تكدر وظائف المعدة وان امكن حصوله بدون التهاب فيها الا ان الغالب حصوله من التهاب او تغير فى جزء من القناة الهضمية هذا ما نتج من ابحاثنا كذا قال بليار وينبغى ان يبحث عن الجواهر السمية التى دخلت فى جوف الطفل وتقاوم بالوسائط المناسبة لها المذكورة فى كتب السموم فان كان التسمم باملاح النحاس والزيبق ابطل تأثيرها سريعا بان يعطى الطفل من الباطن المشروبات الزلالية وسيما بياض البيض .

والاطفال الكبار الذين يأكلون الخبز واللحم الدسم معرضون ايضا للقىء فيعطى لهم لاجل ذلك منقوع خفيف من الشاى وتغير اغذيتهم والقىء الحاصل من شدة قابلية المعدة له يشفى بالجواهر المرة ووضع ضمادات على الخثلة مناسبة لذلك واذا حصل هذا العارض زمن التسنين من تهيج اللثة كما سبق عولج بوضع بعض علق خلف الاذنين ليتغير موضع هذا التهيج فان ظن وجود التهاب فى الغشاء المخاطى المعدى استعملت الاستحمامات الفاترة والكمادات الملينة على القسم المعدى وبعض علق على هذا القسم فبذلك ينقطع القىء حالا فان كان حاصلا من ارتداد اندفاع جلدى وضع المريض فى حمام فاتر ثم يدلك جميع جلده ويسكن لينام فاذا دام القىء بعد ذلك وضعت حراقة فى الانخفاض المعدى فان كان ذلك القىء حاصلا من بخار الفحم لزم تعريض الطفل للهواء الخالص وينشق بالخل او بروح النوشادر وهو الاحسن فاذا ظن كون هذا حاصلا من وجود ديدان شفى بعلاجها وجميع ذلك سنرجع اليه

المبحث الثانى

فى آفات المعدة مع تكدر وظائفها او بدونه

قال

قال بليار اذا اخذنا اعراض الامراض قاعدة لتقسيمنا نضطر لان نضم امراضا البعضها ليس لجلسها ارتباط بما هنا الان الآفات المختلفة التى تصاب بها المعدة تحصل منها اعراض مختلفة بحيث يعسر احيانا ادخالها فى رتبة واحدة فاذا قسمنا امراض المعدة على حسب الاصابات التشريحية التى تسببها وصلنا بذلك لشرحها جيدا وذلك هو ما نفعله هنا فنقسم الامراض المعدية التى تظهر بعد الولادة الى احتقانات ضعفية والى التهابات وليكن ذلك فى مطلبين

المطلب الاول

فى الاحتقانات المعدية

معدة الاطفال زمن ولادتهم توجد غالبا بل دائما محتقنة بالدم فمتى عرض ادنى تكدر فى الدورة الدموية العامة او الرئوية احتقنت الاوعية البطنية بدم اسود سائل يطفو فى الاوعية الشعرية فتحتقن فروعها المتضاعفة وتمتلى فيكون منظر جدران المعدة من الباطن محمرا كثيرا او قليلا فاذا فتحت جثة تلك الاطفال وجد على السطح الباطن للغشاء المخاطى احتقان اما على هيئة تفرع شعرى او على هيئة صفحات ويعرف ذلك الاحتقان بمنظره المزرق وتلونه الواضح فى اسفل جزء من العضو وبغيبوبة الانتفاخ مع سهولة تمزق المنسوج الخلوى وخصوصا بالاحتقان العام للجذوع الغليظة الوريدية فى البطن والكبد والطحال والاجوفين والقلب والرئتين فالدم الذى يقف فى اوعية المعدة بتنديته اجزاءها ينفذ بحركة ميخانكية الى المنسوج الخلوى تحت الجلد ويترشح فى الغشاء المخاطى نفسه ويتصعد من السطح الخالص لهذا الغشاء بحيث يلون المادة المخاطية الساترة له او يحصل منه نزيف ضعفى وامثلة الاحتقان الضعفى فى معدة الاطفال الرضع كثيرة لا يحتمل المقام ذكرها كلها ولكن نذكر واحدا منها فقط توجد فيه الصفات التشريحية التى ذكرناها وهو هذا

طفل عمره ثمانية ايام دخل بيت الاطفال واعطى من وقت مجيئه لمرضعة متقاعدة

احتقان المعدة فى الاجنة * احتقان المعدة كثير فى الاجنة والمولودين ويختلف من الاحتقان الشعرى المتفرع الى اللون البنفسجى العام فى جدرانها ويلزم دائما للوقوف على السبب ان يعتبر حال الموت الذى مات به الطفل فلما كان الغالب هو الموت بالاختناق فى الاجنة الذين يولدون امواتا كان كثيرا ما يوجد فيهم احتقان دموى فى المعدة موافق للامتلاء العام فى اوعية الخلة التى يقف فيها غالبا الدم اسود سائل وكثيرا ما يوجد مع الاحتقان المذكور مقدار كبير من دم متصاعد على سطح المعدة فى الذين ماتوا فى بطون امهاتهم او عند ولادتهم او بعد الولادة ببعض ساعات ولا ينبغى لنا نسبة هذه الاحتقانات الخلقية للالتهاب الا انها قد تتسبب من سبب ميخانكى

التهابات المعدة فى الاجنة * قد تفسد الالتهابات يقينا معدة الطفل حين كونه محويا فى الرحم فيحصل منها اتلاف واضح فيها غير مشكوك فيه ولنذكر امثلة لذلك ساقها بليار

منها ان مولودا دخل بيت الاطفال فى سابع جوين قبل الزوال باربع ساعات ومات فى المساء بدون ان يوجد معه من الاعراض الا صياح شاق وانقباض يقرب للاستدامة فى تخاطيط الوجه وبعض قىء من مواد مسودة وفتحت جثته فى اليوم التالى فكانت اطرافه متيبسة وظاهر الجسم سمينا والجلد زائد التلون والحبل السرى فيه بعض ذبول ووجد احتقان ضعيف واحرار بنفسجى فى البلعوم والحنجرة والمرىء واجربة صغيرة كثيرة بيضاء فى الوجه الباطن للمعدة وتثقب فى التحدب الكبير للمعدة بقروح مستديرة بدون انتظام ناتجة كما هو واضح من فساد تركيب الاجربة المخاطية لان منها ما كان متقرح النصف وتلك القروح التى هى سطحية ومكونة فقط من الغشاء المخاطى مركزها اى عمقها اصفر جميل وحوافيها المنتفخة قليلا حمراء لعلية متخللة بالمنظر الابيض للغشاء المحيط بها ووجدت المعدة محتوية على بعض مخاطية خيطية مخلوطة بندف سميكة لونها ازرق وبخطوط من دم لم يتغير لونه والغشاء المخاطى للمعا الدقيق كان عديم اللون بدون لين ووجد فى الاعور جملة من الاجربة

المبيضة لامعة قليلا ومحاط كل منها بدائرة حمراء غير انها لم تزل غير متقرحة ووجد شئ من تلك الاجربة فى قولون الذى هو سليم مماعدا ذلك واحتقان دموى فى الكبد وخضرة كراثية فى الصفراء المحتوية عليها المرارة واحتقان دموى فى الرئتين واما الفوهات الجنينية فاخذت فى الانسداد والمخ قوى الاحتقان ولبه رخو وسهل تتبع الاوعية فيه حيث كانت اكثر عددا واعظم تقاربا بالبعضها نحو الجسم المضلع فشوهدت ذاهبة متشععة نحو كل نصف كرى

فهذه المشاهدة تدل دلالة واضحة على امكان حصول التهاب فى المعدة مدة مكث الجنين فى الرحم وينسب ما يوجد بعد الولادة من الفساد له ويمكن ان تنسب له اعراض يتحير فيها الطبيب فهنا كان المصاب بالاكثر هو الجهاز الجرابى وفساده الذى كان قليلا فى الاعور قد يتفق لو طالت المدة ان ينتهى حاله بان يصير كما فى المعدة اذ الظاهر ان حدوثه كان جديدا لان الطفل لم يكن هزيلا فلم يوقف نموه ومن ذلك يقرب للعقل انه ظهر فى اواخر ايام الحياة داخل الرحم قال بليار وقد شاهدت مرات كثيرة هذا التغير فى اطفال ماتوا بعد الولادة بزمن يسير ولم تظهر نحافة فى جثتهم وذلك يحمل على ظن ان هذه الآفة تظهر غالبا فى اواخر الحياة الرحمية والاعراض تكون محصورة هنا فى المنظر المقطب للوجه والصياح الشاق وقىء المواد المسمرة وهذه العلامات قد تكون موجودة ايضا مع امراض اخر فى القناة الهضمية مع انى كثيرا ما شاهدت قىء المواد المسمرة فى حالة التقرحات الجرابية فى المولودين ويظهر لى انها نتيجة تغير فى الدم المتصاعد فى المعدة كما يؤكد ذلك الخطوط الحمر المخلوطة بهذه المواد وعلى كل حال هذه الاعراض وان جاز ان تكون مبهمة الا انها تستدعى بطبيعتها انتباه الاشخاص المخصوصين بمراعاة احوال الاطفال انتهى وشاهد بنيس هذه القروح الجرابية ايضا وذكر له امثلة لها وسنتكلم عنها فى هذا الكتاب اذا استدعى الحال ذلك وبالجملة هذا النوع من التهاب المعدة كثير الوجود بحيث يمكن ان يعد مخصوصا بابتداء الحياة خارج الرحم ومن

الواضح انه ماعدا صفاته المخصوصة وكثرة وجوده يكون وجوده قبل الولادة اقله ببعض ايام ولا يشك فى تقدمه وكثرة عدد قروحه خصوصا اذا مات الطفل بعد الموت حالا او بزمن يسير كما شاهد ذلك اولفيير فى طفل عاش عشرين ساعة ووجد فى غشاء معدته ثمانية قروح ولم يتلف الا الغشاء المخاطى فقط وكانت حوافى القروح حمراء ولون عمقها اصفر جيلاوذ كر كروفليير امثلة كثيرة فى كتابه فى التشريح المرضى وصور صورة القروح فيها فكانت موافقة لما صوره بليار فى اشكاله التى عملها اورسم ايضا مع تلك الصور بعد امثلة فى موجيت الفم والمعدة فيكون ذلك تأييد المآذكره بليار من ان الموجيت قد يوجد فى غير الفم ومنها ان مولودا انثى ولد فى الثالث عشر من نوفمبر نحيفا ضعيفا وصار يأخذ فى الضعف والهزال والهبوط كل يوم فدخل المارستان فى التاسع عشر اعنى بعد ولادته بستة ايام وكانت اطرافه السفلى اوذيماوية متيبسة وفى جسمه انتقاع عام وفمه خلى وجلده حار جاف ونبضه صغير جدا ومعه اسهال اصفر كثير وصياحه اختناقى يكاد ان لا يسمع وبالقرع على الجانب الايسر للصدر يسمع منه صوت اصم ولغط التنفس لا يسمع هنالك (وعلاجه كان بمغلى الشعير المصمغ ولعوق ولبن ممزوج) ومن العشرين الى الثانى والعشرين لم تظهر اعراض اخر وانما كان يتقيأ من المشروبات التى تسقى له كمية يسيرة مع ندرة ذلك ايضا وصار صياحه حادا قصيرا شاقا وفى السادس والعشرين انقطع الاسهال غير انه عرض له كثرة القىء وعسر وقتى فى التنفس وصار فى اطرافه بعض تلون بنفسجى والرشح فيها لم يزل دائما ومات الطفل فى الثامن والعشرين

فلما فتحت جثته وجد احمرار شديد مع انتفاخ واضح فى الغشاء الباطن للمرىء وسيما طرفه السفلى والمعدة كانت متمددة بالغاز مبيضة فى معظم سعتها وقوام غشائها الباطن كان كما فى حالة السلامة ولكن وجد فى محاذاة الثلث البوابى فى اتجاه التقوس الكبير قرحة عميقة مستديرة قطرها خطان وحوافيها حمراء مسمرة مرتفعة جدا ومقطوعة بانحراف ولم تحط هذه القرحة بانتفاخ التهابى وكان عمقها مسود المنظر مكونا من الغشاء المصلى للعضو لتلف جميع سمك

الغشاء المخاطى ويؤخذ من شكلها وهيئة حوافيها انها نتيجة فساد لجراب مخاطى وتشبه من جميع الوجوه القروح الجرابية المزمنة التى توجد فى القسم اللفائفى الاعورى عند بعض المسلولين فاذا نظر للمعدة من الظاهر شوهد فى الجزء المحاذى للقرحة شبه نكتة مسمرة مستديرة محاطة ببعض فروع من اوعية قليلة التفرع وكان المعا الدقيق سليما وقولون فيه بعض انتفاخ واحتقان يسير ووجد فى الرئة اليسرى ابتداء تكبد والفوهات الجنينية منفتحة والمخ لم يكن فيه الا احتقان يسير

قال بليار واظن ان هذا الطفل كانت معه قرحة المعدة التى ذكرناها من وقت الولادة والتهاب المرىء انما عرض فى الازمنة الاخيرة وينبغى ان ينسب لظهوره كثرة القىء وتواتره وذلك الالتهاب مع التهاب الرئة الذى كانت علاماته مدة الحياة واضحة لاشك انهما السبب الرئيس لموت هذا الطفل واما ضعفه وذبوله فينسب لقرحة المعدة وتلك القروح التى هى غير مؤلمة كغيرها من الآفات المزمنة كان يتأتى شفاؤها دون الالتهابين الآخرين اللذين بتقدمهما كانا سببا لفقد حياة الطفل

والتهاب المعدة فى الاطفال المولودين قد يوجد له اشكال اخر ويتنوع من مجرد احتقان شعرى الى فساد شبيه بالفساد الذى ذكرناه ومعرفة ذلك عسرة يقينا ومع ذلك اذا شاهد الطبيب فى طفل مولود بعض اعراض الالتهاب المعدى التى سنذكرها فى محلها لزم ان يبادر باسعافه بالوسائط المذكورة فى علاج هذا الالتهاب

المقالة الثالثة

فى امراض المعدة التى تظهر بعد الولادة

ذكر قدماء الفلاسفة وسيما انكساجوراس قاعدة اصلية وتداولها الناس بعد ذلك واشتهرت ودخلت فى جميع العلوم العقلية والنقلية وهى ان كل شىء له سبب والعرب قديما تعرف ذلك وجاء فى القرآن العظيم وجعلنا لكل شىء سببا وتمسكت الاطباء بذلك فقالوا لابد للنتيجة من سبب منتج واوضح

ذلك فى هذه الازمنة الاخيرة بكلار وروستان وسيابروسيه فتكدر وظائف عضو من الاعضاء لابد وان يكون نتيجة تغير فى ذلك العضو ويفهم من كلام بلنيار كغيره من مهرة الاطباء الآن ان هذه القاعدة العامة وان كانت جيدة الصحة الا انها لا تؤخذ على عمومها ولا ان توضح بتوضيح فاسد لان ذلك يزيل كثرة الاهتمام بها وحقيتها وبيان ذلك ان وظائف العضو قد تتكدر بدون ان يوجد فى تركيب هذا العضو نفسه تغير محسوس مع ان السبب المادى لهذا التكدر موجود الا ان وجوده فى جهة اخرى فعلى الطبيب ان يبحث عليه حتى يقاومه ودراسة امراض المعدة والامعاء فى الاطفال الرضع تثبت لنا حقية ما قلناه اذ كثيرا ما يوجد تكدر فى وظائف معدتهم بدون وضوح تغير فيها ويمكننا هنا ان نوضح هذه الظاهرة بان نجرى على الطفل ما يجرى على البالغين من حصول الاعراض التى تسمى سمباتويه اى اشتراكية بين المعدة وغيرها من اعضاء الجسم ونتمسك فيما نذكره بالصدق والامانة ونجتهد فى ان نعرف اولا بالبحث التفصيلى فى الامور الواقعية الاسباب التى تنتج هذه الآفات فلا بأس لاجل انتظام حسن السلوك والسير فى هذا العمل ان نقسم البحث فى امراض المعدة فى الاطفال الى قسمين المبحث الاول فى تكدر وظائف المعدة بدون اصابة محسوسة لجدرانها والمبحث الثانى فى الآفات العضوية فى المعدة مع تكدر وظائفها او بدونه

المبحث الاول

فى تكدر الهضم المعدى (اى التخمة)

المولودون والاطفال الرضع كثيرا ما يتقيأون اللبن الذى يرضعونه بعد شربه بزمن ما طويل او قصير فاحيانا يخرج منهم بالصفة التى دخل عليها واحيانا يخرج منهم ندفا متجمدة او منعقدا الى كتل يختلف عظمها وقد تكلم معظم المؤلفين على هذه الظاهرة المرضية فى مبحث القىء ولهذه التخمة درجات كثيرة فتارة لا يكون الطفل مصابا الا بمجرد قلس يحرضه التهوع والضحك القهرى وتناول مقدار كبير من اللبن فى آن واحد فتتمدد المعدة جدا وتتخلص حينئذ عن الزائد

من

من الاغذية المجوية فيها بفيضان بسيط وتارة يكون التقايى نتيجة تكدر هضمى حقيقى اى سوء هضم لان هيئة مواد القىء ومنظرها يتحقق منهما ان التأثير الهضمى للمعدة لم يقدر على تغير اللبن بحيث يصير اهلا لان يمتص فاذا شوهد طفل يتقيأ فى الحالة الاولى كان ذلك لاستعداد فيه بحيث يكفى لحصوله ادنى حركة تفعل فى جسمه بقصد انبساطه وانشراحه بل يكفى ايضا التقيئه المشروبات التى يشربها واللبن الذى يرضعه ان تمشى المرضعة به وهى حاملة له مشيا عنيفا ولذلك يكفى لمنعه تبعيد السبب

وكثيرا ما يوجد اللبن متجمدا الى كتل فى المعدة حيث لم يتيسر هضمه كما نبه على ذلك ونزيتن وغيره ونسبوا سبب ذلك لزيادة الحمض فى المعدة اذ من الواضح انه كثيرا ما ينتشر من فم الاطفال حينئذ رائحة حمض زائدة الوضوح كالرائحة التى تشاهد مثلا دائما بعد تكدر الهضم قال بليار قد وجدت فى خمسة عشر طفلا ماتوا بآفات غريبة عن الطرق الهضمية ان المعدة ممتلئة بلبن متجمد وثلاثة منهم فقط كان معهم احتقان خفيف فى المعدة واما البقية اى الاثنى عشر فكانت جدران هذا العضو فيهم مبيضة فى غاية السلامة فاذا فرضنا ان هذا التجمد فى اللبن ناشئ من سبب آخر غير الالتهاب فما هذا السبب اهذا ناشئ من كون اللبن الذى تعاطاه الطفل كثير الجبنية او من وجود حوامض فى المعدة تجمد بسببها هذا السائل وهل هذه الحوامض موجودة فى المعدة من قبل او ناتجة من فساد اللبن او ان هذه التخمة ناشئة من كون المعدة غير متمتعة بجميع القوة الحيوية والفعل العصبى الذى ينتشر فيها مدة ممارسة وظائفها الهضمية وهذه مسئلة لا يتيسر لنا الوقوف على اجوبتها ولكن نعتبر هذه الظاهرة هنا مهما كان سببها نتيجة سوء هضم معدى حقيقى بدون التهاب فى العضو ولا اصابة ظاهرة فى جدرانه ولنبادر فى شرح اوصاف هذا الداء كما شرحه الاطباء خوفا من ان يفهم احد ان الطفل يكون مصابا بالتهاب معدى متى لم ينهضم لبنه الذى يشربه او تقيأه بعد زمن ما على هيئة قطع صغيرة متجمدة وقد ذكر بتيت هذا القلس اللبنى فى الاطفال الرضع وشرحه بشرح

ذلك فى هذه الازمنة الاخيرة بكلار وروستان وسيابروسيه فتكدر وظائف
عضو من الاعضاء لابد وان يكون نتيجة تغير فى ذلك العضو ويفهم من كلام
بليار كغيره من مهرة الاطباء الآن ان هذه القاعدة العامة وان كانت جيدة
الصحة الا انها لا تؤخذ على عمومها ولا ان توضح بتوضيح فاسد لان ذلك يزيل
كثرة الاهتمام بها وحقيتها وبيان ذلك ان وظائف العضو قد تتكدر بدون
ان يوجد فى تركيب هذا العضو نفسه تغير محسوس مع ان السبب المادى لهذا
التكدر موجود الان وجوده فى جهة اخرى فعلى الطبيب ان يبحث عليه
حتى يقاومه ودراسة امراض المعدة والامعاء فى الاطفال الرضع تثبت لنا
حقية ما قلناه اذ كثيرا ما يوجد تكدر فى وظائف معدتهم بدون وضوح تغير
فيها ويمكننا هنا ان نوضح هذه الظاهرة بان نجرى على الطفل ما يجرى على
البالغين من حصول الاعراض التى تسمى سمباتويه اى اشتراكية بين المعدة
وغيرها من اعضاء الجسم ونتمسك فيما نذكره بالصدق والامانة ونجتهد
فى ان نعرف اولا بالبحث التفصيلى فى الامور الواقعية الاسباب التى تنتج هذه
الآفات فلا بأس لاجل انتظام حسن السلوك والسير فى هذا العمل ان نقسم
البحث فى امراض المعدة فى الاطفال الى قسمين المبحث الاول فى تكدر وظائف
المعدة بدون اصابة محسوسة لجدرانها والمبحث الثانى فى الآفات العضوية
فى المعدة مع تكدر وظائفها او بدونه

المبحث الاول

فى تكدر الهضم المعدى (اى التخمة)

المولودون والاطفال الرضع كثيرا ما يتقيأون اللبن الذى يرضعونه بعد شربه
بزمن ما طويل او قصير فاحيانا يخرج منهم بالصفة التى دخل عليها واحيانا يخرج
منهم ندفا متجمدة او منعقدا الى كتل يختلف عظمها وقد تكلم معظم المؤلفين
على هذه الظاهرة المرضية فى مبحث القىء ولهذه التخمة درجات كثيرة فتارة
لا يكون الطفل مصابا الا بمجرد قلق يعرضه التهوع والفعل القهرى وتناول
مقدار كبير من اللبن فى آن واحد فتتمدد المعدة جدا وتتخلص حينئذ عن الزائد

من

من الاغذية المجوية فيها بفيضان بسيط وتارة يكون التقايى نتيجة تكدر هضمى حقيقى اى سوء هضم لان هيئة مواد القىء ومنظرها يتحقق منهما ان التأثير الهضمى للمعدة لم يقدر على تغير اللبن بحيث يصير اهلا لان يمتص فاذا شوهد طفل يتقيأ فى الحالة الاولى كان ذلك لاستعداد فيه بحيث يكفى لحصوله ادنى حركة تفعل فى جسمه بقصد انبساطه وانشراحه بل يكفى ايضا التقيئه المشروبات التى يشربها واللبن الذى يرضعه ان تمشى المرضعة به وهى حاملة له مشيا عنيفا ولذلك يكفى لمنعه تبعيد السبب

وكثيرا ما يوجد اللبن متجمدا الى كتل فى المعدة حيث لم يتيسر هضمه كما نبه على ذلك ونزيتن وغيره ونسبوا سبب ذلك لزيادة الحمض فى المعدة اذ من الواضح انه كثيرا ما ينتشر من فم الاطفال حينئذ رائحة حمض زائدة الوضوح كالرائحة التى تشاهد مثلا دائما بعد تكدر الهضم قال بليار قد وجدت فى خمسة عشر طفلا ماتوا بآفات غريبة عن الطرق الهضمية ان المعدة ممتلئة بلبن متجمد وثلاثة منهم فقط كان معهم احتقان خفيف فى المعدة واما البقية اى الاثنى عشر فكانت جدران هذا العضو فيهم مبيضة فى غاية السلامة فاذا فرضنا ان هذا التجمد فى اللبن ناشئ من سبب آخر غير الالتهاب فما هذا السبب اهذا ناشئ من كون اللبن الذى تعاطاه الطفل كثير الجبنية او من وجود حوامض فى المعدة تجمد بسببها هذا السائل وهل هذه الحوامض موجودة فى المعدة من قبل او ناتجة من فساد اللبن او ان هذه التخمة ناشئة من كون المعدة غير متمتعة بجميع القوة الحيوية والفعل العصبى الذى ينتشر فيها مدة ممارسة وظائفها الهضمية وهذه مسئلة لا يتيسر لنا الوقوف على اجوبتها ولكن نعتبر هذه الظاهرة هنا مهما كان سببها نتيجة سوء هضم معدى حقيقى بدون التهاب فى العضو ولا اصابة ظاهرة فى جدرانه ولنبادر فى شرح اوصاف هذا الداء كما شرحه الاطباء خوفا من ان يفهم احد ان الطفل يكون مصابا بالتهاب معدى متى لم ينهضم لبنه الذى يشربه او تقيأه بعد زمن ما على هيئة قطع صغيرة متجمدة وقد ذكر بتيت هذا القلس اللبنى فى الاطفال الرضع وشرحه بشرح

مخصوص وذكر تجريبات كثيرة فعلها فى الحيوانات يؤخذ منها ابطال الرأى المشهور عموما وهو ان العلامة الرديئة لصحة الطفل هى تقاييه اللبن حامضا متجمدا فاثبت هذا الطبيب عكس ذلك وهو ان هذا التغير المزدوج فى اللبن انما هو تغيرا ولى يكابده هذا السائل ليسهل هضمه بعد ذلك

ومع ذلك قد يتفق ان المعدة لوجود التهاب فيها لا تهضم الطعام فيتقيأ الطفل اللبن الذى يشربه متجمدا لكن فى تلك الحالة يضم لهذا القىء الاعراض المخصوصة الدالة على وجود هذا الالتهاب فى المعدة وبها تعرف الا[فات] المصاحبة لهذا القىء وهنالك احوال اخر يتكدر فيها الهضم بالكلية فكما تقذف المعدة المشروبات والاغذية التى تحتوى عليها تقذف ايضا المواد المعوية التى تطفو نحو المعدة ويصح ان تنسب هذه العوارض لالتهاب شديد فى المرىء كما ابيناذلك سابقا اولالتهاب معوى فى اللفائفى اوانسداد تام فى القناة الهضمية وسنتكلم عن هذه الانخرامات الهضمية عند ما نتكلم على الامراض التى تحدثها وليس هنالك مرض فى الجهاز الدورى او المخى الشوكى الا ويمكن ان يكدر الهضم المعدى فى المولودين جديدا ويسبب تقيئهم وهل تصاب الاطفال الرضع بالآلام المعدية نقول يعسر اثبات ذلك لان الوجع المعدى من حيث انه يعرف غالبا بالم كامن مستدام او متردد تكون المعدة محلساله ولم يكن هنالك واسطة يعرف منها تشكى الطفل من ذلك لم يكن هنالك دليل واضح على وجوده فيهم لكن من حيث انه يشاهد فى اعضاء اخر نتيجة الانخرام العصبى المشابه للانخرامات المتعلقة بالتكدرات العصبية فى الهضم يمكن ان تفرض فى معدة الاطفال الصغار زيادة مرضية فى الحساسية ولا شك ان هذه الحالة هى التى عناها كثير من الاطباء فى الكلام على قابلية التهيج القوية فى المعدة والقىء التشنجى فى الاطفال ولكن نقول انهم ابهموا توضيح هذا الموضوع ولم يبنوا دعواهم على امور واقعية لعدم امكان وجدانهم ذلك يقينا واما ماذكره روزان من ان القىء يصدر من الحركات النفسانية وسيما الخوف والانفعال القوى من عدم بلوغ المراد فذلك يقينا انما هو فى الاطفال الذين هم

اكثر تقدما فى السن ممن نحن فى دراسة امراضهم الآن وقد ذكروا ايضا
من اسباب تكدر الهضم التسمم فيسبب القىء فى الاطفال وذلك التسمم يحصل
بادخال جواهر مسمة فى المعدة آتية من المواد المعدنيه التى تتركب منها لعب
الاطفال اومن الاوانى التى توضع فيها اغذيتهم لكن هذا العارض نادر جدا
فى السن الذى لا يتغذى فيه الطفل الا بلبن مرضعته اوبالامراق الخفيفة
ولون مواد قىء الاطفال لا ينبغى التهاون به لانه قد يتضح لنا منه سبب القىء
وسنرجع كثيرا لهذا المبحث الذى يتم به الشرح لامراض القناة الهضمية
وانما نذكر هنا انه اذا لم يكن محل التخمة الا فى المعدة فقط تكون المواد دائما
مبيضة وقد تكون صفراء والغالب ان تكون نصف سائلة او متجمدة
واما معالجة هذا النوع من التخمة فلا نذكر فيها هنا الا بعض كليات اذ الغالب
ان هذا القىء يقل الاهتمام به بحيث لا يلزم له زيادة الانتباه وهذه وصية
اندروود حيث ذكران المراضع والامهات تطمئن قلوبهن من ذلك فيعتبرن
القىء نافعا للاطفال وكأنه محل لصحة وافية فيهم ولكن نقول اذا كان
متكررا كثيرا والطفل منتقع اللون ضعيفا من عدم التغذية كان لا بأس
باتباع وصية روزان وهى ان اول شئ يفعل هو ان لا يسقى الطفل او يرضع
فى مرة واحدة الا كمية يسيرة فاذا وجد فيه علامات سوء الهضم بعد ان
تعاطى كمية من اللبن اكثر مما تتحمله معدته لزم ان يجتهد فى تفريغها بان تغمس
الغلصمة بريشة مبتلة من زيت الزيتون واذا كان حقا ان المعدة قد لا تقدر
احيانا على هضم اللبن لكونه كثير الجبنية افلا يصح ان يبدل حينئذ الارضاع
الامى بالارضاع الصناعى ولا يغذى الطفل الا باللبن الممزوج او بمصل اللبن فقط
فاذا لم ينهضم هذا ولا ذا لزم اعطاء اغذية اخر كالامراق الخفيفة والاغذية
الهلامية والادقة الخفيفة كالبرغل ونحوه
فاذا كان القىء المتكرر مصحوبا بتصاعد ظاهر لرائحة حمضية او كان مسبوقا
او متبوعا بخروج مادة مخاطية خيطية بهيئة قلس وبالاختصار لم يكن مع
الطفل اعراض التهاب معدى لم يحصل خطر من استعمال بعض قمحات

من المغنيسيا المكاسة ومن غير النافع ان يضم لها الكمون والايرسا والزعفران وان اوصى بذلك روزان لانهما تؤثر يقينا على هذا المخلوط ومن غير النافع ايضا الاستعانة بماء الشمار على حلها ويصح ان يكتفى بملعقة من الماء السكرى واوصى غرديان بماء الراوند او بالراوند نفسه منضما مع المغنيسيا لكن يلزم ان يعلم ان هذه الوسائط تكون مضرة اذا كان هنالك ادنى التهاب فى المعدة وانه لا يؤمر بها طبيعة متى كان هنالك قيء لان هنالك اسبابا كثيرة سنذكرها على التتابع قد تحدثه وان تكدر وظائف المعدة وان امكن حصوله بدون التهاب فيها الا ان الغالب حصوله من التهاب او تغير فى جزء من القناة الهضمية هذا ما نتج من ابحاثنا كذا قال بليار وينبغى ان يبحث عن الجواهر السمية التى دخلت فى جوف الطفل وتقاوم بالوسائط المناسبة لها المذكورة فى كتب السموم فان كان التسمم باملاح النحاس والزيبق ابطل تأثيرها سريعا بان يعطى الطفل من الباطن المشروبات الزلالية وسيما بياض البيض

والاطفال الكبار الذين يأكلون الخبز واللحم الدسم معرضون ايضا للقيء فيعطى لهم لاجل ذلك منقوع خفيف من الشاى وتغير اغذيتهم والقيء الحاصل من شدة قابلية المعدة له يشفى بالجواهر المرة ووضع ضمادات على الخثلة مناسبة لذلك واذا حصل هذا العارض زمن التسنين من تهيج اللثة كما سبق عولج بوضع بعض علق خلف الاذنين ليتغير موضع هذا التهيج فان ظن وجود التهاب فى الغشاء المخاطى المعدى استعملت الاستحمامات الفاترة والكمادات الملينة على القسم المعدى وبعض علق على هذا القسم فبذلك ينقطع القيء حالا فان كان حاصلا من ارتداد اندفاع جلدى وضع المريض فى حمام فاتر ثم يدلك جميع جلده ويسكن لينام فاذا دام القيء بعد ذلك وضعت حراقة فى الانخفاض المعدى فان كان ذلك القيء حاصلا من بخار الفحم لزم تعريض الطفل للهواء الخالص وينشق بالخل او بروح النوشادر وهو الاحسن فاذا ظن كون هذا حاصلا من وجود ديدان شرع بعلاجها وجميع ذلك سنرجع اليه

المبحث الثانى

فى آفات المعدة مع تكدر وظائفها او بدونه

قال

قال بليار اذا اخذنا اعراض الامراض قاعدة لتقسيمنا نضطر لان نضم امراضا البعضها ليس لجلسها ارتباط بما هنا الان الآفات المختلفة التى تصاب بها المعدة تحصل منها اعراض مختلفة بحيث يعسر احيانا ادخالها فى رتبة واحدة فاذا قسمنا امراض المعدة على حسب الاصابات التشريحية التى نسيها وصلنا بذلك لشرحها جيدا وذلك هو ما نفعله هنا فنقسم الامراض المعدية التى تظهر بعد الولادة الى احتقانات ضعفية والى التهابات وليكن ذلك فى مطلبين

المطلب الاول

فى الاحتقانات المعدية

معدة الاطفال زمن ولادتهم توجد غالبا بل دائما محتقنة بالدم ففى عرض ادنى تكدر فى الدورة الدموية العامة او الرئوية احتقنت الاوعية البطنية بدم اسود سائل يطفو فى الاوعية الشعرية فتحتقن فروعها المتضاعفة وتمتلى فيكون منظر جدران المعدة من الباطن محمرا كثيرا او قليلا فاذا فتحت جثة تلك الاطفال وجد على السطح الباطن للغشاء المخاطى احتقان اما على هيئة تفرع شعرى او على هيئة صفحات ويعرف ذلك الاحتقان بمنظره المزرق وتلونه الواضح فى اسفل جزء من العضو وبغيبوبة الانتفاخ مع سهولة تمزق المنسوج الخلوى وخصوصا بالاحتقان العام للجذوع الغليظة الوريدية فى البطن والكبد والطحال والاجوفين والقلب والرئتين فالدم الذى يقف فى اوعية المعدة بتنديته اجزاءها ينفذ بحركة ميخانكية الى المنسوج الخلوى تحت الجلد ويترشح فى الغشاء المخاطى نفسه ويتصعد من السطح الخالص لهذا الغشاء بحيث يلون المادة المخاطية الساترة له او يحصل منه نزيف ضعفى وامثلة الاحتقان الضعفى فى معدة الاطفال الرضع كثيرة لا يحتمل المقام ذكرها كلها ولكن نذكر واحدا منها فقط توجد فيه الصفات التشريحية التى ذكرناها وهو هذا

طفل عمره ثمانية ايام دخل بيت الاطفال واعطى من وقت مجيئه لمرضعة متقاعدة

دائما فاتت به هذه المرضعة فى اليوم الثانى من شهر ميه لبيت المرضى وقالت
ان هذا الطفل يكاد ان يختنق ويرفض الرضاع ولا ينام وكانت بنيته فيها قوة
الا ان وجهه منتفخ واطرافه اوذيماوية بنفسجية وتنفسه عسر وصياحه متغير
تغيرا عميقا واختناقى وترجيعه مخفى خفى لايسمع الا يسيرا ونبضه يكاد
ان لايدرك وضربات قلبه صغيرة جدا غير منتظمة نهاية ما يكون عددها
خمسون فى الدقيقة وقد يتفق فى لحظة ان تكون الضربات صغيرة ومتقاربة
لبعضها بحيث يعسر جدا عدها فلف الطفل فى خرقة حارة ودلك بدنه الى
اطرافه بالماء الترياقى وفى اليوم الثالث من الشهر انتفخت شفته العليا انتفاخا
عظيما وتقيأ مواد دموية فامر له بغلى الكينكينا الحمضة وفى الرابع زاد
الهبوط ودام اتقذاف المواد الدموية من الفم وعرض الموت فى المساء بدون
ان يشاهد هنالك عرض عظيم الاهتمام ولما فتحت جثته فى اليوم التالى وجد
انتفاخ مع احمرار فى الشفة العليا ووجد الغشاء المخاطى الفمى احمر بنفسجيا
واللسان منتفخا وكأن قاعدته مكدمة باكدام والمرى شديد الاحتقان
والمعدة حمراء بنفسجية فى جميع سعتها وجدرانها رخوة يسهل فصل اغشيتها
وهى مرشحة بدم مسود وتحتوى المعدة على مقدار كبير من مواد قوامها
مخاطى ومنظرها اسمر دموى وتشبه لون ما كان الطفل يتقيأه والكبد محتقنة
بالدم ولونها احمر قوى وعلى سطحها اشبه ندى دموى وفى تجويف البطن
انصباب دم سائل منتقع اللون والرئة اليسرى فيها فرقعة ويمر فيها الهواء جيدا
واما اليمنى فكانت شديدة الاحتقان لا تفرقع اصلا والبلورا من هذا الجانب
تحتوى على كمية من دم منصب والقلب والاوعية الغليظة شديدة الاحتقان
ولاسيما جدران القلب حيث يظهر انها مندأة بالدم ويوجد فى باطن التامور
مقدار قليل من هذا السائل واوعية اغشية المخ وسطحه محتقنة جدا ومثل ذلك
الضفائر المشيمية وكان لب المخ احمر قاتما

فقد رأينا فى هذه المشاهدة ان المعدة ليست هى وحدها مجلسا لاحتقان
دموى عظيم بل مثلها ايضا اعضاء الجسم وان الدم الوريدى حاقن لجميع

اجزاء الشجرة الدورية وفائض فى الفروع الاخيرة منها ومرتشح فى جدران الاعضاء ومرطب ملون لها بل ومتصاعد من اسطحتها فاذن يكون تلون المعدة والانصباب الدموى فيها والقىء المدمم الذى شوهد مدة الحياة جميع ذلك كان عند هذا الطفل نتيجة احتقان حقيقى ضعفى يلزم ان يوجد بالطبيعة فى هذا الزمن من الحياة نعم الغالب ان الاحتقان الدموى فى المعدة لا يكون الا مجرد امتلاء فيها ولا يصحبه دائما هذا الامتلاء الدموى الذى شوهد فى هذا الطفل فنكرر ونقول ان الاحتقان الدموى فى الطرق الهضمية الحاصل من عسر فى التنفس او الدورة او عدم كمال فيهما انما هو ظاهرة طبيعية فى الازمنة الاول من الحياة واعراض هذا الاحتقان الضعفى فى المعدة تكون معدومة اذا كان ذلك الاحتقان خفيفا اما اذا كان قويا فانه يعرض منه تكدر خفيف فى الهضم المعدى واحيانا قىء مدمم لكن لا يبحث فى نفس الوظائف الهضمية عن الاعراض الخاصة التى نستدل منها على وجود احتقان المعدة لان هذا انما هو ثانوى ونتيجة لسبب اثر اولا قبل ان يحصل هذا الاحتقان المذكور فاذن يلزم ان يوجه الطبيب انتباهه وبحثه لجانب هذا السبب فمتى رأينا طفلا ولد ومعه جميع علامات الامتلاء الدموى وعسر فى التنفس والدورة ورأينا ان صفات الاحتقان الرئوى التى ستذكر فيما يأتى منضمة مع القىء الدموى كان ذلك حاملا لنا على ظن وجود احتقان ضعفى فى المعدة لانه ثبت بالتجربة ان هذه الآفة تكون فى الاطفال كما فى الكبار نتيجة اعتيادية لتكدر يعرض فى الجهاز الدورى وعلاج مثل هذه الحالة ينبغى ان يؤسس على ما يلزم ان يعيد للدم سيره الاعتيادى ويخلص منسوج الاعضاء من فيضان هذا السائل فيها ويزيل الاحتقان خصوصا من القلب والرئتين والذى يتمم ذلك هو الاستفراغات الدموية والوسائط المخصوصة بتحريض الدورة الشعرية التى تحت الجلد والتى فى الاطراف وسنذكر بالضبط كيف ينال ذلك عندما نتكلم على امراض الجهاز الدورى ويكفينا هنا ذكر وسائط العلاج اجمالا

المطلب الثانى
فى الالتهابات المعدية

الالتهاب المعدى هو التهاب الغشاء المخاطى الذى للمعدة غيران هذا الالتهاب يظهر باشكال كثيرة متنوعة الى انواع تقوم من تغيرات مرضية ولاجل شرحها بانتظام تتبع السير التفصيلى الذى سلكناه فى الالتهاب الفمى فنقسم التهاب المعدة للاقسام الآتية

التهاب معدى { ارتيماوى / مع تغير فى الافراز / جرابى / مع فساد فى المنسوج }

وهذه التنوعات للالتهاب يلزم دراستها بالنظر لصفاتها التشريحية واعراضها المصاحبة لها ويمكن ان توجد فى حالة حادة او فى حالة مزمنة واحدهما يمكن ان يتبع الآخر ويمكن ان توجد جملة منها فى آن واحد ولنذكر تلك الانواع الاربعة على التوالى

النوع الاول

الالتهاب المعدى الارتيماوى

الالتهاب الارتيماوى فى المعدة يكون امافى منظر احتقان تفرعى اوشعرى او احمرار منتشر على هيئة صفحات يختلف عظمها او خطوط غير منتظمة تسير فى الغالب حوالى غضون المعدة او نقط حمر كثيرة العدد وقريبة جدا لبعضها وتلك الاشكال المختلفة يصحبها اولا يصحبها انتفاخ وسهولة تمزق فى المنسوج المخاطى واحيانا تصير المواد المخاطية المعدية ثخينة لزجة وغزيرة اكثر من العادة وقد لا توجد هذه الصفات

ومجلس الاحمرار الالتهابى المتفرع يكون فى عروق المعدة التى فيها اغلظ ومجلس الالتهاب الشعرى فى فروعها الشعرية ومجلس الصفحات والخطوط والنكت الحمر فى النسيج الحقيقى للغشاء المخاطى وسيما فى الحلمات او خمل الغشاء حيث تظهر تلك الاجسام احيانا منتفخة ومع ذلك من المحقق ان هذا النوع فى الاحمرار الارتيماوى قد يوجد غير متعلق بانتفاخ الخمل

والالتهاب

والالتهاب الارتيماوى فى المعدة يكون اقل شدة كما كان منسوج الغشاء الباطن اسهل تمزقا واقل انتفاخا والاحمرار الذى وصفناه بالمتفرع دون غيره من بقية انواع الاحمرار هو الذى ينتج من اخف التهاب واما الاحمرار النكتى والشعرى والخطى والصفيحى فهى دلائل على تدريج شدة الالتهاب على هذا الترتيب وهذه التنوعات المرضية المختلفة كثيرا ما تكون اول درجة اومبدأ لالتهاب شديد اوفساد عميق اواستحالة للنسوج وتشاهد منفردة اومجتمعة فى شخص واحد وربما سهل اشتباه هذا الالتهاب الارتيماوى باصناف اخر من الاحمرار ناشئة من حالة احتقان ضعفى فلذلك يلزم دائما مراعاة مجالس الاحمرار وحالة الامتلاء اوالاستفراغ للاوعية البطنية فان الاحمرار الضعفى يكون دائما فى اميل جزء من العضو ويوجد مع وجود احتقان عام فى اوعية القناة الهضمية والجذوع الغليظة البطنية والتجاويف اليمنى والاحمرار القوى اى الالتهابى يوجد غالبا غير متعلق بهذه الاحوال وكثيرا ما يصحبه انتفاخ وسهولة تمزق فى الغشاء المخاطى قال بليار ما محصله واذ قد علمنا الصفات التشريحية للالتهاب المعدى الارتيماوى فلنبحث الآن على الاعراض التى توجد له ويتركب من مجموعها الجزء المهم للداء فاول ما نبتدأ بالبحث فى الامور الواقعية المشاهدة من غير غرض ونختار منها ما ليس فيه تضاعف فان بدون ذلك لانقدر على استنتاج نتائج صحيحة محكمة

فمن المشاهدات طفل عمره اربعة ايام عظيم الاعتبار بزيادة تلون وجهه ومتانة عضلاته دخل بيت المرضى فى اليوم الاول من جنفيير لكونه لا يقبل ثدى مرضعته ويتقيأ بعد الشرب حالا اوبعد زمن طويل مادة مصفرة رائحتها حمضية (فعولج بمغلى الشعير المصمغ وباللبن الممزوج) وفى اليوم الثانى زاد القىء وصارت الاطراف السفلى اوذيماوية يابسة الملمس ومع ذلك وجهه منتقع اللون عبوس وتنفسه عسر وجلده بارد ونبضه بطئ غير منتظم وبطنه غير منتفخ واذا ضغط عليه لم يحصل من ذلك الم لكن متى وصل الضغط للقسم المعدى قبض الطفل تخاطيط وجهه فجأة وصاح وذلك يدل على حصول الم له من الضغط (فعولج

بالمحلول الصمغي المحلى واللبن الممزوج) وفى اليوم الثالث من الشهر شوهد هبوط عام وهزال فى وجهه وظهر من سحنته انه متألم ويصيح كثيرا ويرفض جميع ما قدم له ليشربه ومع ذلك لم يتقيأ وكان تبرزه كالعادة وفى الرابع والخامس كانت حالته كما ذكر ومات فى السادس وفتحت جثته فى اليوم التالى فاما ظاهر الجسم فكان لم يزل حافظا لبعض سمن ووجد الفم والمرىء سليمين وفى المعدة قرب الفؤاد احمرار شديد جدا يمتد على طول القوس الصغير ووجد الغشاء المخاطى فى هذا المحل عظيم الانتفاخ ويسهل رفعه بالاصبع واما بقية سعة العضو فكانت محلسا لاحتقان شعرى عظيم الاعتبار واما القناة المعوية والكبد والطحال فسليمة وانما وجد فى التجويف الايمن للصدر بعض انصباب مصلى صاف وكان فى الفص المتوسط من الرئة التى فى هذا الجانب تكبد وفى بقية سعتها احتقان دموى واما الرئة اليسرى فكانت جيدة القرقعة والقصبة الرئوية والشعب سليمة ومثل ذلك القلب والاوعية الغليظة والمخ

فتكدر الوظائف الهضمية فى هذه المشاهدة لم يشاهد الا فى ابتداء الداء وكان القىء يحصل بعد ازدراد المشروبات اما بزمن يسير او كثير بدون فرق بينهما وكانت سحنة الطفل تعلن دائما بالالم وسيما اذا ضغط على القسم المعدى وكان البطن غير منتفخ ولم يوجد مع هذه الاعرض الموضعية علامة واضحة من علامات الحمى وتلك حالة نستخرج منها ما هو عظيم الاهتمام فى محل آخر

ومن النادر ان يوجد فى الاطفال الرضع التهاب بسيط فى المعدة بدون ان يلتهب ايضا بعض اجزاء اخر من القناة الهضمية لكن اعراض الالتهاب الارتيماوى الذى منه هذا المثال يبعد ان تظهر فى جميع الاطفال بالايضاح والبساطة اللذين فى هذه المشاهدة فلا يمكن تمييزها عن غيرها من الظاهرات المصاحبة لها الا بغاية البحث والانتباه الزائد

والغالب ان يكون هذا الالتهاب حادا وقد يصير مزمنا فيكتسب حينئذ صفة جديدة وربما انتهى بالتقرح او الغنغرينا او لين الغشاء ثم قال بليار والالتهاب المعوى هو الذى يصحب هذا الالتهاب غالبا فان فى مائة وخمسين حالة اجتنيتها

مع غاية الانتباه فى التهاب جزء القناة الهضمية الموضوع تحت الحجاب الحاجز وجدت تسعين حالة من المعدى المعوى وخمسين حالة من المعوى بدون معدى فينتج من ذلك انه متى ظهرت علامات التهاب معوى جاز ان يظن معه وجود التهاب معدى ولكن مهما كان الاضطراب والتشكك الذى يحصل للطبيب فى تشخيص الالتهاب المعدى فى الاطفال الصغار بسبب كثرة مضاعفاته وعدم ظهور اعراضه لم ينتج من ذلك كبير خطر فى العلاج فان الوسائط العلاجية للالتهاب المعوى قد تناسب الالتهاب المعدى وبالعكس لكن هذا الاشتباه لا يحصل فى الحقيقة الا فى الالتهاب المعدى الارتيماوى البسيط لانه متى صار الغشاء المخاطى للمعدة مجلسا لآفة عميقة واضحة تضاعفت العوارض واكتسبت جملة الاعراض صفة يمكن معرفتها وذلك فى الحقيقة هو ما يشاهد فى تنوعاته الآتية

النوع الثانى

الالتهاب المعدى مع تنوع فى الافراز اى موجيت المعدة

قد ابنا فيما سبق ان الموجيت انما هو تغير فى افراز الغشاء المخاطى الفمى او المريئى ومثل ذلك يحصل فى المعدة اذا صار غشاؤها المخاطى مجلسا لالتهاب تختلف شدته وطالما اجتهدوا فى ان يثبتوا بالعقل عدم امكان وجود الموجيت فى المعدة ولم يفدهم ذلك شيأ قال بليار ولا اردعليهم الا بالحوادث الواقعية التى لا يشك فيها لايضاحها وتفصيلها مع غاية الامانة حتى لا يكون فيها ارتياب نعم هذا التغير فى الافراز اندر فى المعدة منه فى المرىء والفم لان فى ٢١٤ مثالا من الموجيت شوهدت بمارستان بيت اللقطاء مدة سنة لم اجد موجيت المعدة الا فى ثلاثة احوال وموجيت الامعاء فى حالتين فقط فينتج من ذلك ان الغشاء المخاطى للقناة الهضمية يكون اكثر تعرضا للتغير الافرازى الذى هو الموجيت كلما كان اقرب لتجويف الفم اعنى كلما كان اقرب لملامسة الهواء الخارج مباشرة وهل ينسب بعض شىء من تجمد مواد الافراز لملامسة هذا الهواء لسطح ملتهب وتلك مسئلة ينبغى البحث فيها هنا غير ان تحقيقها عسر

وعلى كل حال فلنشرع فى ذكر احوال الموجيت المعدى الذى ذكرناه بالمشاهدات الصحيحة

موجيت المعدة * طفل انثى عمره ثلاثة عشر يوما دخل المارستان فى الثامن من جولييت وبنيته ضعيفة وانتقع وجهه منذ يومين ورفض ثدى مرضعته ومع ذلك لم يتقيأ ما يشرب به وعند دخوله كان معه احمرار شديد فى الغشاء المخاطى الفمى وطبقة سميكة من الموجيت ممتدة على الوجه الباطن للخدين وقاعدة اللسان (وعلاجه مغلى الشعير المصمغ وغرغرة مرخية ولبن ممزوج) وفى العاشر من الشهر ابتدأ معه الذبول والنحافة وتقيأ مشروباته ولكن لم يكن معه اسهال ولا توتر فى بطنه وفى الرابع عشر عرض قىء مادة صفراء وتكونت من الموجيت طبقة سميكة على اللسان وجدران الفم وفيما بين هذه الطبقات الشبيهة بالاغشية يشاهد الغشاء المخاطى احمر كرزيا شديد الاحمرار واما الجلد فكان باردا والاطراف بنفسجية والنبض صغيرا ثم مات فى المساء وعند فتح جثته وجدت مخولة منتقعة اللون ووجدت طبقة سميكة من الموجيت على اللسان وجدران البلعوم وطول المرىء ووجد الغشاء المخاطى للمعدة شديد الاحمرار والسموكة سهل التمزق وعلى الجزء المركزى للعضو طبقة واسعة من الموجيت مركبة من عدد كثير من نقط صغيرة بيضاء لامعة عالية على خمل الغشاء ويمكن ان يشبه مجموعها بطبقة خفيفة من الصقيع المنفرش على الحشيش الصغير ويمكن ازالة هذه النقط البيضاء بالمشرط اذا حكت به حكا قويا وبدون ذلك فانها تقاوم الاصبع مقاومة شديدة مع ان منها ما وجد منفصلا سابحا فى المواد المخاطية المعدية ولم يشاهد فى الغشاء اجربة مخاطية ووجد بعض خطوط حمر مستعرضة فى الاثنى عشرى واحتقان ضعيف تفرعى فى القسم اللفائفى الاعورى وابتداء المعا الغليظ ووجدت الكبد محتقنة جدا بالدم مخضرة مائلة للزرقة والرئتان والقلب سليمين والمخ محتقنا جدا وكذلك جيوب الجمجمة

وهذه المشاهدة ليس فيها حال الحياة عرض يكشف لنا وجود الموجيت فى المعدة غير ان اعراض الالتهاب المعدى انما عرضت بعد ظهور الموجيت فى الفم

فكان ذلك حاملا على ظن ان هذا الاندفاع الافرازى الغلالى حصل فى المعدة بعد ان اجتاز على سبيل الادعاء والتنزيل البلعوم والمرى ومما ينبغى التنبه له ايضا عدم وجود الاعراض العامة للحمى مع ان الالتهاب شديد فى الجزء الاول من القناة الهضمية وهو الفم لكن قبل ان نذكر القواعد الكلية لشرح الداء نستديم على البحث فى الامور الواقعية المخصوصة فنذكر المشاهدة الآتية ايضا

موجيت الفم والمعدة والمرىء * طفل عمره اربعة ايام صغير ضعيف منتقع اللون دخل بيت المرضى فى السادس والعشرين من اووت لاجل اسهال مواد كثيرة مخضرة (فعولج بالارز المصمغ والحمية) ثم فى اليوم الاول من الشهر التالى وهو سبتمبر تغطت حوافى اللسان ببعض نقط من الموجيت وصار الغشاء المخاطى الفمى احمر شديد الجفاف وفى اليوم الثانى من الشهر تكون من الموجيت طبقة سميكة وانقطع الاسهال وانكمش البطن بدون ان يتألم من الضغط وصار الجلد محرقا غير ان النبض صغير بحيث يعسر وجدانه (العلاج كالسابق) وفى الخامس اشتد انتقاع الوجه وابتدأ الذبول ودام تغطى الغشاء المخاطى الفمى بطبقات جديدة من الموجيت وفى الثامن عرض قىء لم يشاهد قبل ذلك فكان متى شرب الطفل مشروبات تقيأها حالا وصار الغشاء المخاطى الخالص من غلائل الموجيت شديد الاحمرار واسرع الهزال فى التقدم واشتدت حرارة الجلد وزاد صغر النبض بحيث كان يضرب سبعين او ثمانين فى الدقيقة ولم يزل يظهر من سحنة الطفل كونه متألما فارتسمت بعض غضون فى اصل انفه وكأن مجمع شفتيه انجذب الى الوحشية اى الخارج وبقى هذا الطفل فى حالة واحدة من ابتداء دخوله الى آخر شهر اووت ثم سقط فى ذبول تام وعرض له سابقا اسهال وصار يتقيأ غالبا وظهر فيه بعض نقط من الموجيت على اللسان وفى ابتداء شهر سبتمبر تقيأ مواد صفراء وكان وجهه دائما كشرا وبطنه مفرطحا واطرافه زائدة الذبول وصياحه ضعيفا جدا يكاد ان لا يسمع وبرازه نصف سائل اصفر قليل الكثرة واقتصر فى علاجه على ماء الزيزفون المحلى بالسكر وعلى الغراغر المرخية

وبعدان وصل ببطئ الى نهاية درجة من الضعف والهزال مات فى مساء الخامس عشر من سبتمبر وفتحت جثته فى اليوم التالى فوجدت جدران الفم والوجه الباطن للشفتين وسطح اللسان مغشى بطبقة سميكة من الموجيت يسهل ازالتها من بعض المحال على هيئة صفحات عريضة ووجد المزمار سليما واما الجدران الجانبية للبلعوم فكانت مغطاة بنقط عديدة من الموجيت وكذا جميع الوجه الباطن للمرى وكانت فيه على هيئة ندف سميكة مصفوفة خطوطا متوازية تتجه من اعلى الى اسفل ويتكون فيما بينها من البشرة المخاطية حزوز تختلف فى العمق وتلك الهيئة لم تزل هكذا حتى وصلت الى الفؤاد اى فم المعدة ولون هذه البشرة المخاطية من تحت الغلالة الافرازية المغطية لها مبيض ووجد الغشاء المخاطى المعدى منتفخا زائد الاحمرار وسيما فى التقوس الكبير غيرانه وجد فى محاذاة التقوس الصغير مغطى بصفيحة واسعة من الموجيت ناتجة من تراكم عدد كثير من نقط صغيرة غلالية بيضاء لامعة تقاوم الحك العنيف بظهر المشرط ويمكن فصلها بجده فيظهر الخمل حينئذ تحتها زائد البروز والاحمرار كأن فيها ثوران اوانتصاب ثماذا بحث فيها بالنظارة المعظمة اوبزجاجة كرية مملوءة ماء انكشف فيما بينها بعض بقايا من الموجيت ووجدت قمة النقط التى انكشطت بالمشرط مدممة ووجد منبذرا فى المعا الدقيق احمرار مخطط قليل الوضوح ووجد المعا الغليظ سليما والكبد محتقنة بالدم والصفراء صافية مخضرة والحافة الخلفية للرئتين محتقنة والفتحات الجنينية آخذة فى الانسداد والمخ سليما

ففى هذه المشاهدة كالتى قبلها وجدت طبقة من الموجيت فى المعدة وذلك واضح لكن لم يوجد فى الحياة عرض يدل عليها نهاية ماشاهدنا انما هو اعراض واضحة لالتهاب معدى والتهاب مرىئى مزمن ومع ذلك يلزم ان يعرف ان هذه الاعراض التى نضع فى اولها قىء المشروبات والمواد المصفرة لم توجد الا بعد ظهور الموجيت فى الفم وتلك حالة موافقة لما شوهد فى المشاهدة التى قبلها واما المشاهدة التى تأتى على الاثر ففيها موجيت المعدة مضاعف بالتهاب

جرابي ولبن هلامي فهي تدلنا بالطبيعة على البحث في اصناف اخر من الالتهاب المعدى

موجبت المعدة ولبن هلامى فيها * طفل انثى عمره ستة ايام قوي البنية وسنه متوسط دخل المارستان في سادس سبتمبر فكان معه اسهال مادة سائلة مصفرة وكان بطنه متوترا وجلده فيه بعض صفرة وطرف لسانه جافا وما حوالى الشرج شديد الاحمرار (علاجه الارز المصمغ واللبن الممزوج) وفي الثامن كانت حالته العامة كما سبق والبطن اشد توترا والما في القسم المعدي اكثر من غيره من الاقسام فكان الطفل يصيح عند الكبس باليد على هذا الجزء وفي الحادى عشر ظهرت نقط من الموجيت على حوافى اللسان وزال اللون البرقاني وظهرت حرارة متوسطة في الجلد وكانت سرعة النبض اعتيادية اعنى ثمانين في الدقيقة (والمعالجة كما سبق) وفي الثانى عشر انقطع الاسهال وحصل تقايي المشروبات وزاد تقدم الموجيت وفي الخامس عشر امتد الموجيت على اللسان وجوانب الفم على شكل طبقة سميكة وبقي مع الطفل التقايي وتغير لون وجهه تغيرا عظيما وشوهدت خصوصا غضون وثنيات كثيرة في اصل الانف كما شوهد ايضا جذب مجمع الشفتين الى الخارج ثم مكث الطفل اربعا وعشرين ساعة لا ينقطع صياحه ولا اضطرابه مع انه لم يكن معه حركات تشنجية وصار يتقيأ ادنى شيء يتعاطاه مع حركات عنيفة واذا ضغط على القسم المعدى الذى هو ظاهر التوتر حصل منه صياح عنيف ويبقى على صياحه حتى يسقط من التعب والالم ثم مات في اثناء هذا النزاع الدائم في ليلة الرابع عشر من الشهر بدون ان تظهر فيه ادنى حركة حية

ولما فتحت جثته في اليوم التالى وجدت طبقة من الموجيت على اللسان والجدران الفمية وكان المزمار سليما واما الجدران الجانبية للبلعوم فكانت مغشاة بنقط من الموجيت كثيرة العدد ومثل ذلك في طول المرىء فكان فيه تجمع نقط صغيرة منه متراكمة على بعضها ومصفوفة بالطول الى قرب الفؤاد حيث تنتهى البشرة المخاطية المريئية

واما الغشاء المخاطى المعدى فكان احمر فى اعظم جزء من سعته وفيه نحو
التحدب الكبير لين هلامى سعته ثلاثة قراريط وجدار المعدة فى مركزه
منقوب وحوافى هذا الثقب كانها مشردمة وفيها ايضا بعض خيوط رقيقة
تمزقت عن قريب ووجد قرب الطحال مواد مخاطية معدية منصبة ومع ذلك
لم يكن هناك التهاب بريتونى ووجد فى الغشاء المخاطى المعدى ايضا قرب
الجزء اللين وفى اجزاء اخر من السطح طبقات كثيرة او صفائح من الموجيت منتثرة
بدون انتظام وفى طول التقوس الصغير مقدار عظيم من اجربة مخاطية منتفخة
يسيرا ومحاطة بدائرة حمراء وبعض منها كانت فوهته المركزية مفتوحة
مصفرة والحال فى جميع الغشاء واضح والغشاء المخاطى سميك سهل التمزق
فى المحال الغير اللينة ووجد فى طول المعا الدقيق حزوز حمر مستعرضة
واما المعا الغليظ فكان سليما

وهذه المشاهدة كما تخدم هنا مثالا جديدا لموجيت المعدة يؤخذ منها ايضا
الاعراض المعروفة للالتهاب المعدى وذلك لان القىء والتوتر والالم فى القسم
المعدى والصياح الالمى الذى يحصل من الكبس على هذا القسم وتغير السحنة
حيث تعلن بالالم الشديد الذى كان مستوليا على الطفل الى آخر رمقه جميع ذلك
يدلنا على وجود التهاب معدى وقد تحقق عندنا بالبحث فى الجثة ما كنا ظنناه
من مشاهدة الاعراض فجزمنا الآن بوجوده وزال الشك بمشاهدة هذه
التغيرات التشريحية غير اننا نحتاج ايضا فى مبحث التشخيص الى تقوية
المشاهدة بالتعقل لنحكم من تذكار حكم العقل على ما يشبهها وما يقرب منها
فالحواس والعقل يلزم ان يتعاونا دائما عند مشاهدة المرضى على اسرتها حتى
يتيسر كشف مجالس امراضهم وطبيعتها

وهذا الالتهاب المعدى الذى مات منه هذا الطفل كان فيه اشكال واصناف
كثيرة من الالتهاب فانه وجد ماعدا الاحمرار الارتيماوى المصحوب بانتفاخ
محسوس فى الغشاء الباطن تغير فى الافراز يقوم منه الموجيت والتهاب
فى الاجربة المخاطية سميناه فيما سبق بالقلاع ولين فى المنسوج سنذكر فى طبيعته

بعض

بعض كايات وبمجموع تلك الاشياء يستدعى منا الانتباه فانها تدل على ان
اختلاف الالتهاب ناشئ فى الغالب من اختلاف مجلسه وان السبب اى المنبه
الالتهابى اذا اثر فى معدة طفل سنه وبنيته يعرضانه فى ان واحد لجميع اشكال
الالتهابات الذى تصيب عضوا واحدا جاز ان نشاهد جميع هذه الاشكال فى هذا
العضو ولا عجب فى ذلك

ثم نقول ما العلامات الخاصة التى يمكن بها معرفة موجيت المعدة والظاهر
انه ليس شئ منها اكيدا لكن لا يخفى اننا شاهدنا فى الاحوال الثلاثة التى ذكرناها
اعراضا واضحة للالتهاب المعدى ظهرت بعد ظهور موجيت الفم فلا يظن
من ذلك انه اذا عرض التهاب معدى فى طفل اصيب اولا بالتهاب فمى والتهاب
مريئى مع موجيت يكون الغالب على الظن ان التهاب المعدة يصحبه ايضا
الموجيت لكن ليس ذلك الا على سبيل التخمين ولا يتأتى العثور عليه
الا بالموافقة اى المصادفة لان موجيت المعدة نادر جدا ولكن الطبيب فى جميع
الاحوال مرقوم فى ذهنه ما يفيد الاطمئنان والوثوق اذ يوجد دائما حينئذ
التهاب معدى يلزم ان يقاوم واعراض هذا الالتهاب واضحة بحيث لا يشك
معها فى وجوده ولا فى لزوم استعمال الوسائط الخاصة به

وقبل ان نتكلم على علاج الالتهاب المعدى فى الاطفال نستديم على البحث
فى انواع هذا الالتهاب فنشرح ما بقى علينا منها

النوع الثالث

الالتهاب المعدى الجرابى

قال بليار قد ذكرنا سابقا التهاب الجهاز الجرابى فى الغشاء المخاطى الفمى والمريئى
ومثل ذلك قد يحصل فى المعدة لانه يوجد فيها ايضا شئ من هذا الجهاز الافرازى
واجربة المعدة لا توجد جملا ولا متراكمة على شكل ضفائر كما فى المعا الدقيق
وانما تكون فى الغالب منعزلة ويمكن ان تتنوع فى النمو والعظم الى نوعين فتارة
تظهر وترتفع على هيئة حبوب صغيرة مبيضة مستديرة بارزة قليلا ومنتهية بنقط
مسودة تدل على فوهاتها الدافعة للافراز وتارة تلتهب وتنتفخ انتفاخا عظيما

وينتهى حالها بان تتقرح وتفسد ففى الحالة الاولى لا يحصل منها الا بعض اعراض قليلة تكاد ان لا تدرك وفى الحالة الثانية يصحبها جميع اعراض الالتهاب المعدى الشديد وربما سببت موت الطفل باتلاف الغشاء نفسه ويندر ان لا توجد الاجربة البسيطة الغير الملتهبة اعنى اجربة النوع الاول الا فى المعدة فقط وانما الغالب ان تشغل جملة مواضع من القناة الهضمية فى ان واحد وتظهر وتنمو كثيرا هكذا فى زمن السنين الاول وسنتكلم على هذا النمو العام للجهاز الجرابى فى القناة الهضمية واما النمو الالتهابى لهذه الاجربة فانه كثيرا ما يحصل فى المعدة فقط بدون ان يظهر فى جزء آخر من القناة الهضمية وقد ذكرنا فيما سبق مثالا لتقرح الاجربة فى مولود وذكرنا الصفات التشريحية لذلك التقرح ورأينا ان قىء المواد المسمرة او المدممة قد يكون علامة لتقرح هذه الاجربة فبموجب ذلك تقصر كلامنا هنا على اعتبارات كلية فى نوع هذا التغير

فقد اجتنيت فى سنة ١٨٢٦ عيسوية خمس عشرة حالة من التقرح الجرابى فى المعدة ثمانية اطفال منهم كان عمرهم من اربعة ايام الى ستة والباقون من ثمانية الى اثنى عشر يوما وواحد كان عمره ثلاثة اسابيع فنتج من ذلك ان الاطفال تكون اكثر تعرضا لالتهاب الجهاز الجرابى المعدى كلما كانوا اصغر وما شاهدت فى واحد منهم شيأ من اعراض الحمى وانما كان اعظمها اهتماما هو حالة الهبوط والضعف العام وذلك ناتج كما هو واضح من الحالة المرضية الواقع فيها العضو الرئيس للهضم فتكدر هذه الوظيفة بل عدم امكان حصولها يلزم ان يتسبب عنه الضعف السريع والموت للطفل وكان مع كثير منهم امراض اخر ثقيلة كالتهاب المخ ولينه والتهاب الرئة والالتهاب المعوى وانما واحد فقط لم يكن معه الا التهاب معدى يظهر ان تقدمه وشدته هما السبب فى موته وكان عمره اربعة ايام

وكل من التشخيص والمعالجة لهذا الداء داخل فى شرح الالتهاب المعدى عموما والانذار يكون اثقل كلما كان الطفل اضعف واصغر سنا واكثر تقيأ للمواد

المسمرة

المسمرة او الدموية التى ذكرناها

النوع الرابع
الالتهاب المعدى مع فساد المنسوج

الانواع المختلفة للالتهاب المعدى التى شاهدناها سابقا قد تؤدى الى فساد حقيقى فى تركيب المنسوج فانها قد يعقبها تقرح يختلف عمقه ولذا كان وضع هذا المبحث فى هذا المحل انسب من وضعه فى المبحث الذى قبله ومرادنا الآن انما هو الكلام على خصوص الالتهاب الشديد الفجائى فى الغشاء الباطن المعدى الذى فسد بسرعة مهولة من تأثير هذا الالتهاب وذلك كالغنغرينا فى المعدة واللين الهلامى فيها

فاولا غنغرينا المعدة * غنغرينا المعدة نادرة فى الاطفال الرضع فلا مانع من وجودها وتكون فيهم كما فى الكبار البالغين على شكل خشكريشة تختلف فى الاتساع اذا انفصلت انكشف عنها انثقاب يتبعه اعراض مهلكة فقد قال دونس شاهدت حالة فيها الغشاء المخاطى للمعدة كان اسمر قاتما تنتشر منه رائحة نتنة وبعض محال متفرقة منه تحولت الى مواد عفنة ويسهل فى كل موضع رفعه اى الغشاء على صورة اهداب رخوة وهذه الاجزاء المتغيرة منتقعة فى سائل لونه كدردى النبيذ ولا ينسب ذلك التغير الا لافراط فى الالتهاب انتهى وشاهد بليارمثالا فيه تلف سعة من هذا الغشاء المخاطى المعدى مسبب كما هو قريب للعقل من غنغرينا عرضت من التهاب شديد وها هى صورة هذا المثال المهم

وهو ان طفلا انثى عمره ثلاثة ايام دخل المارستان فى ثالث يوم من مرض وكانت حالته انه اذا بحث فى ثيابه الملتف فيها وجدت محتوية على مقدار كبير من دم اسود خارج من الدبر وكان يتقيأ ايضا كثيرا من تلك المادة السوداء مع ان بنيته كانت قوية وفى اطرافه سمن ولكن كان فى لون جسمه بعض اصفرار وكان قليل الحركة ووجهه منتقعا والشفتان عديمتى اللون والجلد مسترخيا والصياح تاما غير انه ضعيف والنبض بطيأ وصغيرا جدا (وعلاجه الماء المحلى

بالسكر والدلك الجاف على الجسم) واليوم الثالث كالذى قبله وفى الرابع كان البراز مخلوطا بدم مسود زفتى والمواد التى تخرج من الفم بالقىء الذى لم ينقطع كانت كذلك وظهرت الحرارة العامة للجسم وارتفع النبض يسيرا بحيث صار يضرب سبعين فى الدقيقة وقل انتقاع الوجه الا ان الصياح لم يزل ضعيفا (وعلاجه الماء البنيذى السكرى) ثم حصل الموت فى اخر النهار واما جثته فكانت من الظاهر متينة البنية والجلد عديم اللون والفم والمرىء سليمين بخلاف الغشاء المخاطى المعدى فوجد فيه قريبا من الفؤاد فساد تام كبير فى سعة نصف الريال ومركزه ملون بلون الدم المسود وحوافيه مشردمة بدون انتظام ومسودة كانها محترقة واما الغشاء المخاطى من خارج الدائرة المسودة فكان سميكا احمر بنفسجيا يسهل تحويله الى مادة لبنية وجميع سطح المعدة مغشى بمواد فيها بعض سيولة مصفرة اللون مخلوطة بخطوط دموية ووجد الغشاء المخاطى تحت هذه المواد رقيقا جدا عديم اللون وخصوصا قرب البواب والمعا الدقيق ملونا بصفرة الصفراء ويحتوى على بعض تحببات من دم متجمد والمعا الغليظ سليما والكبد منتقعة خالية من الدم والطحال صغيرا وقليل الاحتقان والرئتان سليمتين عديمتى اللون والدم ويقرقعان والقلب مبيضا فارغا والاوعية الغليظة كذلك وقاعدة الجمجمة تحتوى على قليل من دم مصلى والمخ شديد الانتقاع وبطيناته تحتوى على قليل من المصل

ومن الواضح ان هذا الطفل مات من النزيف وجميع ما فيه يحمل على ظن ان النزيف كان مسببا عن فساد الاوعية التى تسبح فى سمك جدران المعدة ويدل على التقدمات السريعة للالتهاب الغنغرينى حوافى التقرح المتأكلة التى كانها محترقة المنظر ولا شك انه نتج من هذه التقدمات فقد الجوهر اى الجزء المادى الذى ذكرناه ومما هو عظيم الاعتبار سيلان جزء من هذا الدم فى الامعاء والسموم الاكالة يتسبب عنها يقينا فى المعدة فقد جوهر شبيه بما يحصل فى الغنغرينا فيمكن ان القروح الجرابية فى المعدة تكتسب الشكل الغنغرينى

الذى

الذى قد يتكيف به قلاع الفم ولا يعسر حينئذ تمييز الشكل الاصلى للقرحة عن الغنغرينا ولا تنوع منظرها عنها

وثانيا اللين الهلامى فى المعدة* اول من شرح هذا الفساد فى الغشاء المخاطى المعوى وسماه بذلك كروفلبير فذكر مع الضبط جميع اعراضه التى تصحبه قال بلياروشاهده بارون كثيرا فى بيت الملتقطين وبين له اعراضا واصفة على رأيه صحيحة بحيث شاهدت مرات عديدة تشخيصه هذا الداء واعرضته على البحث التشريحى فوجدته فى غاية الضبط ولنجتهد فى ذكر صفته الخاصة واعراضه مع الضبط الزائد حسب الامكان وقد ذكرت قريبا مثالا لهذا اللين الهلامى مع وجود موجيت والتهاب جرابى فى المعدة وقد شوهد فى هذه الحالة ان الغشاء المخاطى تحول الى شبه لب ثخين رخو كالجليدية وان جدار المعدة صار رقيقا سهل التمزق بحيث كان ينثقب من ادنى جذب وان المريض حصل له قبل الموت اعراض ثقيلة خطرة وسترى فى المشاهدات الآتية ظهور الداء بكيفية اوضح واقطع من ذلك

فمن تلك المشاهدات طفل انثى عمره سبعة ايام دخل المارستان فى الرابع من فوريير ومكث فيه اثنى عشر يوما من اجل موجيت فى الفم زال باستعمال مغلى ملطف وغراغر مرخية وخرج من المارستان فى الخامس عشر لاجل ان تراعيه مرضعة تجلس به دائما فمكثت ترضعه الى الثامن عشر ولم يزل منه نحوله وذبوله بل بقى دائما منتقع اللون وكان يعتريه خصوصا فى المساء انتفاخ لطيف فى الساقين والوجه فدخل المارستان فى اليوم الحادى والعشرين من شهر ميه فى حالة قريبة من الذبول الزائد ويتقيأ احيانا ماعدا الاغذية والاشربة مواد صفراء زائدة السيولة وسحنته تعلن بالالم ومجمع الشفتين مجذوب غالبا الى الخارج وتكونت فى اصل انفه غضون قائمة اى عمودية ولم يكن معه اسهال وتنفسه فيه بعض عسر ويسعل احيانا وبقيت تلك الاعراض وتلك الحالة العامة من الذبول الى التاسع من الشهر ثم ظهرت جملة عوارض جديدة فظهرت بعض نقط من الموجيت على اللسان الذى كان سطحه احمر جافا

وكان قيئه مشتملا ماعدا الاشربة على مواد تارة صفراء وتارة مخضرة وزاد تغير وجهه واعلانه بالالم وتغطت جبهته بثنيات وغضون عديدة مستعرضة وصار وجهه باهتا مهزولا والنبض صغيرا بطيأ والجلد جافا محرقا وسيما الذراعان وعرف من هذه العلامات والاعراض المسيئة قرب اجل هذا الطفل فمات فى الرابع عشر من شهر ميه فى اثناء هذه الاعراض والعلاج الذى كان يتعاطاه انما هو المغليات والغراغر الملطفة وفحصت جثته فى اليوم التالى فاما ظاهره فهو انتفاع عام وذبول تام وترشح الاطراف السفلى وانتفاخ البطن واما باطنه فكان الغشاء المخاطى الفمى مغشى ببعض نقط من الموجيت والمرئ منتقع اللون والمعدة فى جميع سعتها بيضاء مصفرة غير ان الغشاء المخاطى فى محاذاة التقوس الكبير كان شديد الانتفاخ مبيضا ومسترخيا بحيث يتمزق بمجرد اللمس ويسقط من الاصابع على شكل لب رخو رطب واذا ضغط الغشاء بين اصبعين خرج منه سائل مصلى اذا وضع على زجاجة جمد بعد نصف ساعة ويصير حينئذ فى منظر وقوام المادة الهلامية التى تكون فى المعدة واما الاغشية الاخر للمعدة فكانت كأنها منقوعة فى هذا السائل سهلة التمزق جدا من ادنى جذب وكل من المعا الدقيق والمعا الغليظ فى جميع سعته عدم لونه وغشاؤه المخاطى بدون ان يوجد فيه الانتفاخ واللين الهلامى الموجودان فى المعدة تحول الى لب رخو بحيث يكفى لازالته ورفعه حكه قليلا بالظفر ووجد بعض صفحات جرابية موضوعة قرب القسم اللفائفى الاعورى ومنتفخة ولونها مزرق والقحفات الجنينية منسدة والرئتان سليمتان والمخ فيه بعض احتقان

فعروض هذا اللين الهلامى هنا فى المعدة انما كان من حالة هبوط وضعف تسبب يقينا عن التهاب فى الطرق الهضمية ولاسيما المعدة ولم يبق من حالته الحادة اثر يدل عليه وكانت صفة هذا اللين بالاكثر رشحا مصليا فى المنسوج الذى تحت الغشاء المخاطى وفى سمك جدران المعدة اليس تراكم المصل هنا احد اسباب هذا المنظر الهلامى ولين الغشاء الباطن للمعدة اليس هناك مشابهة بين هذا اللين والرشح المصلى الذى يسبق ويصحب غنغرينا الفم ولاشك ان ازالة

هذه الشكوك متيسرة لانها انما نشأت من منظر التغير وشكله ولنذكر احوالا اخر يؤخذ منها ما يشبه ذلك

فمنها ان طفلا انثى عمره اربعة ايام وبنيته قوية وجميع جسمه فيه صفرة يرقانية خفيفة ودخل المارستان فى الثالث والعشرين من اووت وكان حصل له فى صباح الثانى والعشرين برازكية كبيرة من مواد خضراء سائلة وبعض قئ من مواد كذلك (علاجه الارز المصمغ واللبن الممزوج) وفى الرابع والعشرين تغيرت سحنته وتقطب وجهه وصار صياحه شاقا كثيرا يعلن بالالم وظن من شدة حركة تخاطيطه وجهه واضطراب مقلته ان الطفل مصاب بآفة مخية علامتها هى الحركة التشنجية فى التخاطيط واما الطبيب بارون فشخص الداء بانه لين هلامى فى المعدة وفى الخامس والعشرين استدام القئ وصار يقذف من الطفل ماعدا اشمر وبانه مقدار عظيم من مادة مخضرة وعرض رمد خفيف جفنى فى العين اليسرى (علاجه الشعير المحلى وقطرة مرخية) ومن الخامس والعشرين الى الثامن والعشرين بقيت هذه الحالة وانما اخذ النحول فى التقدم السريع وكانت السحنة دائما متغيرة تعلن بالتألم غير ان الاضطراب العام تبدل بهبوط يقرب لان يكون دائما وفى الثامن والعشرين صار جميع الغشاء المخاطى الفمى شديد الاحمرار وتغطى بموجيت ولم يزل القئ باقيا واما الاسهال فانقطع ولم يحصل فى الطفل تغير الى السادس من سبتمبر ومن ذلك الوقت الى الثانى عشر سقط فى ذبول ونحول زائد تدريجى مع قئ مستدام وانحطاط فى القوى بالغ الغاية ونبض صغير ضعيف ثم الموت ولما عرضت جثته للمشاهدة وجد بقايا موجيت على اللسان وطول المرئ ووجد فى سعة قيراطين من المعدة نحو حدبتها الكبيرة لين هلامى فى الغشاء المخاطى الذى وجد ابيض كابيا مخططا بخطوط صفر ومتحولا الى لب منتشر بحيث يسقط اذا سلط على المعدة تيار مائى لاجل غسلها فاذا ازيل هذا الجزء الفاسد وجد الغشاء العضلى سليم الالياف قائما منه مع الغشاء المصلى العمق الفاسد لهذا اللين ودائرة اللين محاطة بحوية او بمنتفخ شديد الاحمرار من الغشاء المخاطى الذى

لم يلن فى هذا المحل واذا شق ظهر انه مترشح بمصل مدمم واما الباقى من سطح المعدة فكان فيه بعض حزوز حمر مختلفة فى شدة الاحمرار وغير منتظمة ووجد فى بعض محال احتقان شعرى شديد وفى المعا الدقيق بعض حزوز حمر وكذا الغليظ واما الرئتان والقلب والمخ فسليمة

ففى هذه المشاهدة وجد اللين مصحوبا بآثار من التهاب حاد شديد وتلك صفات تخالف بالكلية ما شاهدناه فى الحالة السابقة فيستنتج من ذلك ان اللين الهلامى كما يكون نتيجة التهاب مزمن يكون نتيجة التهاب حاد فليس احدهما اولى به من الآخر وقد شاهدنا هنا ايضا تضاعفه بتراكم المصل الذى يظهر انه ينسب لوجوده فى المعدة الفاسدة المنظر الهلامى الذى للغشاء المخاطى ويقوى هذا الرأى تجمد المصل فى معدة طفل المشاهدة السابقة والفساد هنا لم يزد تقدمه حتى يثقب المعدة كما فى المشاهدة السابقة التى كان اللين فيها ايضا مضاعفا بالتهاب جرابى

قال المؤلف ففى الامثلة الثلاثة التى ذكرتها هنا كما فى اربعة اخرى عندى يطول شرحها لو ذكرتها شاهدنا فيضان السائلات المصلية نحو المعدة وذلك يحمل على ظن انه يسبق اللين وكأنه يجهز له مواده ويساعد فى اعطائه منظر وشكل الصورة الجليدية التى توجد فى الغشاء المخاطى اللين المنقوع فى ذلك المصل المخلوط بالدم المجذوب بواسطة التنبه الالتهابى واذا كان ظننا قويا لزم ان يوجد اللين دائما فى اميل جزء من العضو لان هناك تتراكم غالبا السوائل الراسبة فى لحمة المنسوجات والمشاهدات التجريبية تدل على ان هذا الفساد يحصل دائما فى الحدبة الكبيرة للمعدة وذلك هو ما شاهدته فى امثلتى السبعة للين الهلامى وقد اكد لى الطبيب بارون ان مشاهداته تثبت ذلك دائما

فان قلت ما الذى يستنتج من هذه الامور الواقعية وتلك الاعتبارات نقول ان اللين الهلامى فى المعدة يقوم من فساد فى الغشاء المخاطى لهذا العضو مسبب عن التهاب شديد حادا ومزمن ومن وصفة هذا الفساد تراكم المصل فى جدران

العضو

العضو والانتفاخ والقوام الهلامى فى الغشاء المخاطى بجزء محدود عادة موضوع غالبا فى التقوس الكبير للمعدة ووجود آثار واضحة فى الغشاء الذى حوله ناتجة من التهاب حاد او مزمن وذلك الفساد فى الغشاء المخاطى الجاذب معه فساد الاغشية الاخر يمكن ان يحصل منه انثقاب يسبب موت المريض سريعا وانه كما يصح ان يحصل فى زمن التسنين الاول او قربه كما فى معظم الاحوال التى شاهدها كروفليير يصح ان يحصل ايضا للاطفال الصغار جدا كما فى الامثلة التى ذكرناها

واحذر من ان يشتبه عليك اللين المذكور بنوع آخر من اللين لا يتبع غالبا التهابا حادا وسنذكر فيما يأتى طبيعته بعد الكلام على جميع التهابات القناة الهضمية

قال بليار ولا ابحث هنا عن السبب الخاص لتراكم المصل المصاحب للين الهلامى وربما كان من اللازم البحث عن حالة الدم فى الاوردة المحيطة باللين من الذين ما بوابه لنعرف هل انقطع سيره فى القنوات الوريدية من التجمدات الليفية ام لا فان من المعلوم ان هذه حالة يحصل منها احيانا رشح مصلى غير انى نسيت هذا البحث وذلك خلل منى فى عدم تكملة شرح اللين الهلامى وكذا لا ابحث ايضا فى الافتراضات الكثيرة التى تحدثنى بها نفسى فى الاسباب الممكنة لهذا الداء الكونى التزمت ان لا اضع فى كتابى الا المستنتجات الصحيحة المأخوذة من الامور الواقعية فلما لم يتيسر لى ان اوضح وابين السبب القريب لهذا اللين بكيفية واضحة واكتفيت بذكر جميع الاحوال التى تصحبه بادرت بذكر جملة الاعراض الخاصة الدالة عليه مدة الحياة

فالطبيب كروفليير ذكر سابقا هذه الاعراض بغاية الضبط ويعرف مما ذكرته ايضا بعض علامات مخصوصة ذكرها وايضا فالداء يبتدأ غالبا باعراض التهاب معدى شديد كتوتر فى القسم الشراسيفى وتألم فيه بمجرد اللمس وقىء للبن والمشروبات التى يتعاطاها الطفل ولمواد صفراء او خضراء وذلك القىء يعرض كل وقت اما بعد شرب الطفل حالا او بعد زمن طويل من شربه ويوجد

احيانا اسهال وهو يختلف باختلاف الاشخاص فيعود بعد قطعه يوما او يومين ومواد الاسهال كثيرا ما تكون خضرا كمواد القي ويكون الجلد باردا في الاطراف والنبض في الغالب يكون غير منتظم ويندر ان يدوم على حالة واحدة والسحنة تعلن على الدوام بالالم والوجه يبقى مقطبا كانه في حالة صياح والصياح شاقا والتنفس مخفيا ويوجد اضطراب عام بحيث يحمل على ظن وجود آفة مخية ثم يتبع هذه الاعراض الاولية حالة عامة في سقوط القوى وعدم الحساسية لكن بحيث ان الالم قد يستيقظ زمنا فزمنا فيولد في الطفل اضطرابا وانزعاجا كالذى كان معه في ابتداء الداء ثم في اليوم السادس او الثامن الى الخامس عشر واحيانا الى اطول من ذلك يموت الطفل في حالة هبوط من السهر اى عدم النوم والقيء المستدام والالم والاطفال الصغار جدا لا يوجد فيهم الا قليل حتى بل قد لا توجد اصلا فاذا كان الداء مزمنا كان سير هذه العوارض ابطأ من ذلك

ومجموع هذه الاعراض والآفات التشريحية التي تشاهد في رمة الاطفال التي وجدت فيها هذه الاعراض يؤخذ منها ان الداء الذى نحن بصدده فيه شبه بالالتهاب الذى يحصل من ذاته الناشئ من اللين الجزئي للغشاء المخاطى المعدى الذى شاهده شوسيير من زمن طويل في المولودين جديدا وشاهده بعده كثيرون ككاوكيه واندرال وغيرهما في الكبار المختلفين في السن والنوع والمنظر الهلامى الذى يبديه هذا اللين في الاطفال يمكن ان يكون ناشئا من كون هذا السن يسهل فيه ترشح المنسوج الخلوى الداخل في تركيب الاعضاء بالمصل انتهى

والاعراض التي توجد في الاطفال الكبار قريبة من ذلك فيحصل لهم مغص شديد يتبعه اسهال لمادة خضراء شبيهة بالحشيش المفروم والقيء يكون مخاطيا او صفراويا والعطش محرقا شديدا ويحصل لهم احيانا تلوى يقرب للعقل انه ناشئ من آلام البطن وبقية الاعراض كالسابقة واول من شرح جيدا هذا النوع في الاطفال الكبار كروفليير وذكروا ان اعظم اسبابه فيهم هي الفطامة

دفعة والتغذية الشديدة بالنسبة للطاقة اعضائهم الهضمية وافراط المسهلات
بل واستعمالها بدون افراط كشراب الايبكاكوانا والشرابات المضادة
للاسكوربوط ونحو ذلك والاسهال المستطيل المدة ولايخفى ان هذه الاسباب
لاتختلف عن اسباب الالتهاب المعدى الاعتيادى وذكر كروفلير
فى التشريح المرضى الرمى فى هؤلاء الاطفال الكبار ان اللين يتقدم دائما من
الباطن الى الظاهر (اى كما هو فى الاطفال الصغار فى مشاهدات بليار)
فيوجد اولا تباعد بسيط للالياف ويفصل بينها مخاط هلامى فبموجب ذلك
تكون جدران العضو سميكة نصف شفافة ثم تقهر تلك الالياف حتى تزول
بالكلية بحيث ان المعدة اللينة اوالمعا اللين يشبه الهلام الشفاف المستدير
الى انابيب اواجزاء انابيب فاذا كانت الاستحالة تامة خرجت الاجزاء المستحيلة
طبقة طبقة والباقى يظهر رقيقا واما البريتون فيقاوم ذلك زمنا طويلا
ثم يستولى عليه اللين ايضا فينبرى ويحصل الانثقاب والاجزاء المصابة بتلك
الاستحالة يعدم لونها وتكون شفافة فى منظر غير آلى وخالية بالكلية من العروق
ويتصاعد منها رائحة حمضية شبيهة برائحة اللبن الحامض بدون ان يكون فيها
رائحة تعفن اوغنغرينا وهنا امر مهم الاعتبار وهو ان فساد الاجزاء اللينة
يكون اقل سرعة من فساد الاجزاء الغير المتغيرة من البنية والغلى الذى يحوّل
المعدة والامعاء الى هلام يفيد التصوّر التام لهذا النوع من التغير قال كروفلير
ولنزد على ذلك ايضا هنا ظاهرة مهمة وهى التلون الاسود للاوعية القريبة
لهذا الجزء المتغير مع انى ماشاهدت هذا اللون لافى الاجزاء الفاسدة ولافى
السائلات المحوية فيها

ولم يظن كروفليران هذا التغير نتيجة التهاب وانما نسبه لتهيج معدى اومعدى
معوى لكن هذا التهيج على رأيه له طبيعة مخصوصة ولم يوضحه زيادة عن ذلك
مع انه لم يبعد عن ظن ان السائل المجهول الطبيعة الناشئ عن الداء لايعين اقله
بعد الموت على تحويل المنسوجات الى مادة هلامية واستند فى رأيه على ان لين
المعدة يشاهد غالبا بل دائما فى طرفها الطحالى وذلك محل تتراكم فيه

السائلات فى جميع الرمم التى توضع منبطحة وعلى امر آخر وهوان اللين كثيرا ما ينتشر من منسوج الى منسوج مجاورله بواسطة نوع تشرب وتنذية كمن المعدة الى الحجاب الحاجز ومن المرىء الى الحجاب القاسم الى الرئة ومن المعا الغليظ الى سطح الكلية ونحو ذلك وانما ظن ان هذه النتائج الاخيرة رمية واذا اريد شرح داء من هذا التغير المرضى عسر يقينا معرفة طبيعته فانه ببادى النظر يختلف عن الالتهابات الاعتيادية فى الطرق الهضمية بحيث يبعد ان يكون فيه بعض شبهها لكن اذا اعتبرنا ان هذه الاختلافات انما هى فى الآفات التشريحية لا غير واما اسباب الداء وعلاماته الرئيسة ووسائط علاجه المناسبة فتقرب من ان تكون كما فى الالتهاب المعدى المعوى الاعتيادى رجعنا الى الرأى المخالف لذلك من انها ناشئة من الالتهاب كما هو ايضا رأى بليار فى الاطفال الصغار فيكون اللين الهلامى فى المنسوجات انما هو آخر انتهاء لهذا الالتهاب وانه حالة فساد حصلت عقبه واستحالة لتغير مرضى متقدم ويقوى ذلك ان الداء كثيرا ما يبتدأ باعراض حمية قوية ثم يحصل دفعة هذا الفساد الهلامى فحالا يفقد النبض سرعته وتزول حرارة الجلد المحرقة ويصير باردا وذلك يدل على ان الداء ابتدأ كما تبتدأ الالتهابات المعدية المعوية الا انه بسبب خصوصية مجهولة لنا ينتج عنه فساد فى المنسوجات اسرع مما فى الاحوال الاعتيادية ويقرب للعقل ان مما يعين على هذا الفساد رقة لطافة السن فى الاطفال مع ان هذا الداء يشاهد ايضا فى الكبار البالغين كما ذكر لويس جملة امثلة منه فى رسالة مخصوصة له فى ذلك وصرح فيها بانه بالنظر لاعراضه وآفاته التشريحية الرمية وشبهه باللين الذى يتبع التهابات الجلد يلزم ان يكون نتيجة التهاب فى الغشاء المخاطى المعدى وما قاله فى المعدة يقال مثله فى الامعاء فاسباب هذا الفساد هى اسباب الالتهاب المعدى نفسه لانه انما هو تنوع فى انتهاء هذا الالتهاب ولذا كانت اعراضه فى البالغين كاعراض الالتهاب المذكور وذكر لويس فى التشريح المرضى لهذا اللين الهلامى الذى شوهد فى المعدة ان المعدة تارة تكون صغيرة الحجم وتارة كبيرته ولا يوجد فى ظاهرها ما هو عظيم

الاعتبار

الاعتبار واما باطنها فيوجد فى جزء ما من سطحه لون ابيض باهت فيه زرقة وذلك اللون اما متصل ببعضه اوعلى هيئة صفائح قريبة لبعضها وفيها ابتدارة على غير انتظام وتلك المحال هى التى تلين او ترق او تتلف بالكلية فاذا كان هناك لين كان لونها اما سنجابى او وردى ولكن الغالب ان تتحول تلك الاجزاء الى مادة مخاطية لزجة زلالية باهتة اللون نصف شفافة والاوعية التى تسبح على سطح المنسوج الذى تحت الغشاء المخاطى تكون واضحة جدا واسعة خالية والاغشية الاخر تكون فى الغالب سليمة واحيانا تشارك فى هذا الفساد ويبقى البريتون وحده سليما والغشاء المخاطى حول هذه الاجزاء اللينة اوالرقيقة اوالتالفة يكون احيانا ورديا اوشديد الحمرة وكثيرا ما يكون سنجابيا سميكا حلميا فى بعض الاحوال وكثيرا ما توجد فيه قروح عميقة

وكروفلير سمى هذا اللين المذكور باللين المرقى اى الذى مادته تشبه الامراق الدسمة وذكر ان طبيعته تخالف طبيعة اللين الهلامى وعلى رأيه يكون هذا التغير نتيجة رمية ولنا ان نقول بصحة هذا الرأى اذ قلنا ان من المعلوم المحقق ان اللين الهلامى فى البالغين بل وفى الاطفال ايضا انما هو الدرجة الاخيرة لالتهاب الغشاء المخاطى كما قلنا فلا يستحق ان يكون داء مخصوصا وحقه ان يكون شرحه فى كتب التشريح المرضى

واما علاج هذا الداء فلا يخفى ان طبيعته متكلم فيها فان جرينا على ما اخترناه من انه فساد انتهى به الالتهاب كان من المهم علاج هذا الالتهاب من ابتداء ظهوره علاجا قويا والتحرز من حصول هذا اللين خصوصا وقد عرفت سرعة سيره وذلك يأتى فى علاج الالتهاب المعدى عموما واما على رأى كروفلير الذى يعتبره حالة مرضية مخصوصة اقله فى الاطفال فله عنده علاج مخصوص فعلى رأيه الجوع والعطش والحمية اللبنية والاستحمامات والافيون المأمور به بالمناسب هى الوسائط الشفائية له قال بعض المحققين ولا اقول برأيه فى نفع الامتناع عن السائلات فى هذا الداء اذ يعسر منع هذا الطفل الصغير المسكين عن تعاطى المشروبات مع ما به من العطش المحرق فكيف نجعله فريسة لذلك

الظمأ ولا نظن ان الماء القراح مثلا المستعمل بمقدار يسير يزيد فى الالتهاب وكذلك الافصادات الموضعية لا نحكم بنفعها فى آخر الامر كما حكم بها اذ تأثيرها مبهم جدا اذا حصل اللين بالفعل امافى اول الالتهاب فتكون قوية الفعل فى منع حصول هذا الانتهاء المحزن

خاتمة فى علاج الالتهاب المعدى عموما

احد الوسائط الاولية فى علاج هذا الالتهاب هو ان توقف حسب الامكان وظائف هذا العضو فبموجب ذلك يفطم الطفل فطامة وقتية فقد شوهد ان الالتهاب الفمى سواء المصحوب بالموجيت اوالغير المصحوب به شفى جيدا بدلك الغشاء المخاطى الفمى بقلم رسم مبتل بماء الخطمية فيصح حينئذ ان يسقى الطفل فى ابتداء الالتهاب من مطبوخ خفيف من الجذور البيضاء للخطمية محلى بالسكر اوبشراب بسيط ومع ذلك ينبغى ان تنبه على ان الاطفال المولودين لا يقدرون على تحمل الحمية فيلزم مع منع الارضاع ان يجتهد فى تغذيتهم بحقن تفعل من مطبوخ الارز اوالدقيق النظيف واما الحقن من اللبن الفاتر خصوصا اذا حليت بالسكر فانها قد تسبب الاسهال وقد ذكر ذلك سابقا جرسان واستعمل كثيرا هذه الواسطة كملين اى مسهل لطيف قال بليار واتفق ان مرضعة استشارتنى فى طفل لها معه جميع اعراض الالتهاب المعدى الحاد فاشرت عليها بالفطامة مدة من الزمن واعطيت طفلها مع ذلك حقنا صغيرة من اللبن الفاتر لاجل تغذيته فحصل له فى اربع وعشرين ساعة اسهال لم ينقطع الا بانقطاع استعمال هذه الحقن فلذلك كنت آمر للطفل فى مثل ذلك بالمغلى الابيض لسيدنام المركب من درهمين من قرن الايل المحروق المسحوق وثمانية دراهم من الصمغ واثنى عشر درهما من السكر فيغلى ذلك مدة سبع دقائق اوثمان فى رطلين من الماء ويصفى المغلى من منخل حتى يصير صافيا ويضاف عليه لاجل التعطير درهمان من ماء زهر البرتقان اودرهمان من ماء القرفة وكثيرا ما يبدل الصمغ بدرهم اودرهم ونصف من لباب الخبز فيستعمل الطفل من ذلك ست آواق فى اليوم فى ثلاث مرات متفرقات فيمتص هذا السائل كله

واعطى

واعطى للطفل لاجل مشروبه المطبوخ الخفيف للخطمية بكميات قليلة فبزول منه بعد ثمانية ايام اعراض الالتهاب المعدى الشديد

ولا ينبغى ان يهمل وضع ضمادات خفيفة على القسم الخلى واما العلق على هذا القسم فلا ينجح غالبا لانه يضعف الطفل بدون منفعة والطبيب بارون كثيرا ما استعمله غير انه انتهى حاله معه بترك استعماله بالكلية لكن الظاهر انه اذا كانت اعراض الداء ثقيلة بحيث يخاف منها فساد المعدة بمثل الغنغرينا او اللين الهلامى او نحو ذلك يلزم ان يوضع علقتان او ثلاث على القسم المعدى كما سبق لنا ذكر ذلك فى اللين الهلامى واما وضع عدد كثير منه فمضر قال بليار قد شاهدت كثيرا من الاطفال الاقوياء تحولوا الى حالة يصدق عليهم خلوهم فيها من الدم بوضع اربع علقات او ست على اى جزء من الجسم ولذلك لا يستعمل بارون الاستفراغات الدموية فى المولودين الامع غاية الاحتراس

والمحولات وسيما الدلك بالمرهم الانتيمونى على القسم المعدى قد تستعمل بنجاح فى الحالة التى اتخذ الالتهاب المعدى فيها سيرا مزمنا فاذا اعقب شدة اعراض الالتهاب انحطاط القوى لزم الحذر من الامر بالمقويات والمنبهات والانبذة العامة ومطبوخ الكينا والبوليجالا وغير ذلك وان تذكر ان هذه الحالة اعنى انحطاط القوى تتسبب غالبا من فساد عميق فى المعدة كما انبتنا ذلك فى مبحث اللين وقد سبق لنا ان المواد المصفرة التى يتقيأها المولودون غالبا علامة لتقرح بغرابى فى المعدة فينبغى فى هذه الحالة الحذر من سقى الطفل النبيذ السكرى او الامراق بقصد التقوية ويلزم ان لا يرضع من ثدى مرضعته الاشيأ يسيرا

وهذه المعالجة العامة التى ذكرناها تناسب جميع تنوعات الالتهاب المعدى لكن كلما كانت الاعراض اثقل كانت تقوية العلاج الزم ولنتمم مبحث التهابات المعدة بتنبيه مهم وهو ان تلك الالتهابات لا يحصل منها دائما فى الاطفال الصغار اعراض واضحة كما فى المشاهدات المذكورة فى هذا المبحث فان هنالك احوالا تدل على امراض اخر واحوالا اخر لا يوجد فيها الا بعض من

هذه الاعراض التى ذكرناها وقد تظهر تلك الالتهابات فى بعض الاحوال
يبطئ بحيث لا يمكن تشخيصها فتتلف الاطفال قهرا عن الطبيب وسنذكر شيأ
من ذلك عند الكلام على امراض اعضاء اخر وانما نقول هنا يغلب على الظن
وجود داء فى الاعضاء الهضمية مهما كانت قلة ظهور اعراضه متى كانت تغذية
الطفل رديئة والهضم متكدرا ولم يزل الطفل آخذا فى النحول تدريجا

تتمة * عسر الهضم فى الاطفال الكبار يحصل لهم كثيرا بسبب شراهتهم
للاغذية فتتراكم فى معدتهم كمية عظيمة منها وينبغى الانتباه حينئذ للتأثير
الاشتراكى الحاصل بين المعدة والمخ بل الغالب ان ينسب لهذه الحالة الاخيرة
الصفة الدائمة لعسر الهضم فى المولودين من كونه يظهر دائما بقىء معقوب
نادرا باستفراغ ثفلى ولا يظهر من الابتداء باستفراغ ثفلى بدون قىء فسوء
الهضم فيهم يكون دائما قيئيا بخلافه فى البالغين فانه يكون فيهم احيانا معويا
ويندر فى الاطفال ان يعقب سوء الهضم التهابات مزمنة فى المعدة او الامعاء
وليس ذلك لكون معدتهم قليلة التهيج وانما هو لان الالتهاب يندر ان يكتسب
شكلا مزمنا فى السنين الاول من الحياة فان كان سوء الهضم بالنظر لذلك
نتيجة قليلة الخطر لم يكن كذلك اذا وجه التأمل جهة المخ وان كان الغالب
ان ينبوع داآت هذا العضو وجود فى آفة فى الاحشاء الرئيسة للهضم ولكن
الوسائط التى يوجهها الطبيب لعسر الهضم يصح ان يقال فيها هنا انها تابعية
فالذى ينبغى فى تلك الحالة اذا ظهر سوء الهضم ان يوجه الانتباه نحو الرأس
ويكفى لتسكين تشنج المعدة الحمية والمشروبات القليلة التنبيه ومنقوع الشاى
والمليسا اى الباذرنجبويه وبعض نقط من ماء زهر البرتقان فى كوبة من ماء
محلى بالسكر فاذا ظهرت حينئذ علامات الاحتقان المخى استعملت حمامات
القدم وبعض علق على النتوات الحلمية او العنق فاذا خيف من شدة عوارض
المخ كان من النافع الحقن المسهلة ولا ينبغى تقوية الوسائط حينئذ فى المعدة
لان قابليتها للتنبه تعارض ذلك والحمية المناسبة مدة ايام تناسب للحذر
من كل عارض

ثم ان

ثم ان الاطفال الذين عمرهم اربع سنين او خمس قد يصابون بالالتهاب المعدى وصفته فيهم الم شديد فى قسم المعدة يتجدد زمنا فزمنا وتواتر فى النبض وحرارة فى الجلد واحرار فى اللسان غالبا وجفاف ويحصل للطفل تلوى وكثيرا ما يضع يده على موضع الالم واحيانا يحصل له قىء مستمر وينبغى ان تعلم ان الاطفال يكثر كونهم عرضة لشبه اعتقال معدى خلاف ما يظن فيهم عموما ويظن ذلك من لا ممارسة له التهابا معديا وينبغى ان يؤمر فى الابتداء بمغلى الشعير وعرق النجيل والكمادات والضمادات المرخية على المعدة والاستحمامات وبعض علق على محل الالم فاذا دام الاضطراب العصبى ولم ينقد القىء لهذه الوسائط لزم وضع حراقة على القسم المعدى ويعطى للطفل جرعة مضادة للتشنج افيونية فان ذلك ينجح غالبا فى هذه الحالة الاخيرة

ولنذكر كلمات مختصرة فى الحمضية التى تندفع فى الاطفال الكبار وذلك ان الهضم كثيرا ما يضعف فيهم خصوصا اذا كانت بنيتهم ضعيفة فيشاهد حينئذ ما يسمى بحمضية القنوات الاصلية ففى هذه الحالة تستشعر الاطفال بحمضية فى الفم ويتقذف منهم مواد خضراء فتزيد فيهم الحساسية والزعل اكثر من العادة ففى ذلك يلزم ان يزال الحمض وتعاد سلامة وظائف الاعضاء الهضمية والمختار لذلك من الادوية الماصة المغنيسيا وكربونات الكلس بكمية من ست قمحات الى ثمان ثم يقوى الطفل ببعض مقويات كالقرفة والادوية الحديدية وامراق اللحم والنبيذ الجيد او يحمى الطفل حمية قاسية ويستعمل مشروب ملطف ويراعى مع ذلك تدبير غذاء المرضعة

الفصل الثانى

فى امراض القناة المعوية

لنجعل فى هذا الفصل مقالتان

المقالة الاولى

فى الامراض الخلقية فى القناة المعوية

وفى هذه المقالة اربعة مباحث

المبحث الاول
فى نمو القناة المعوية

الاصول الاول للقناة المعوية فى الجنين البشرى لم تشاهد مع غاية الضبط حتى لايكون فى ظهورها وكيفية نموها شك ولا تخمين وانما وصلوا بطريق المشابهة لغيرها او القياس لابطريق المشاهدة مباشرة الى استنباط بعض نتائج توضح الشكل الاولى للامعاء ومع ذلك عندنا مستنتجات تقرب للصحة تحت من ابحاث مشاهير المشرحين ككيكيل وولف ونبيدمان وغيرهم فمنها ان القناة المعوية لاتقوم فى الاصل الامن شبه حوصلة مستطيلة يتكون من امتدادها من الطرف العلوى او المخى الى الطرف السفلى او العصعصى قناة غير مثقوبة من الطرفين لكن لم تلبث قليلا حتى تنفتح من الفم ومن الشرج وذكر بعض المشرحين ان القناة المعوية مكونة من جزئين جانبيين وكل واحد منهما يقتضى قانون الاتصال الذى ذكره سير فى ازدواج الاعضاء كانه يذهب نحو الآخر حتى ينضما من الامام بالجوهر الالتصاقى الزلالى الذى يتم الاسطوانة الموجودة الآن تحويفها على هذه الصورة وظن بعضهم ان القناة المعوية تتكون من قطع منعزلة فى الابتداء ثم تنضم ببعضها

والوضع الاولى للقناة المعوية فيه ايضا اختلاف كثير فقيل انها تكون فى الاول موضوعة على العمود الفقرى وقيل على الجزء المقدم للبطن فى قاعدة الحبيل حيث تتصل مباشرة بالحوصلة السرية وقال فلبوس انها موضوعة فى احد منتفخات الحبيل حيث توجد محاطة بسائل مصلى صاف يشاهد فى وسطه كمية قليلة من مادة مصفرة وقال ولف ومكيل لاتوجد موضوعة قرب السرة الا لكونها كابدت انحناء من الخلف الى الامام وبهذا الانحناء والتقوس يتكون منها زاوية تختلف فى الحدة وتذهب الى الحبيل نافذة من الفتحة السرية

ولا حاجة لمعارضة شئ من تلك الآراء وانما يلزم ان نوضح هنا امرا يمكن ان ينفعنا فى امراض المولودين وهو ان فى ابتداء تكون الجنين يكون الجدار المقدم

للبطن

للبطن مكونا من شبه زائدة من قاعدة الحبيل السرى وان القناة المعوية الملتصقة من الخلف بالعمود الفقرى تمتد من الامام الى هذه القاعدة حيث توجد التلافيف المعوية فى الاشهر الاول ثاوية فيها ولنقتصر على هذا الامر الواقعى ونلاحظه عندما نتكلم على الفتوق البطنية

ثم ان الجهاز المعوى مهما كانت الكيفية التى بحسبها اكتسب شكل انبوبة يوجد فى الشهر الثالث او الرابع منثنيا على نفسه ومنتهيا من الاعلى بالمعدة ومن الاسفل بالمخرج وتجويفه يكون حينئذ ضيقا جدا وكلما كان الجنين اصغر كانت قناته المعوية اقصر ومن السادس الى الثامن توجد فى هذه القناة تقريبا المناسبات المشابهة لما يكون عند البالغين من اختلافات الاجزاء المركبة لها ففى هذا الزمن تكون تلافيف المعا الدقيق كثيرة العدد واما تحدبات المعا الغليظ فكانت متكونة من قبل ذلك نحو الشهر الخامس على حسب ما ذكره مرجانى ونسبة طول المعا الدقيق للمعا الغليظ كنسبة ثمانية لستة وتلك المشاهدات ذكرها البروسمرنج ومكيل وغيرهم

وذكر مكيل ان المعا يوجد فيه من الباطن نحو ابتداء الشهر الثالث ثنيات كثيرة مستطيلة ويظهر نحو آخر الرابع الخمل على شكل مرتفعات صغيرة كثيرة العدد وفى السابع تقريبا تتكون الاصمة الطابقة ومن هذا الزمن الى التاسع من حيث ان دورة الدم البطنية تكون قوية جدا تشاهد تفرعات كثيرة وعائية لا تشاهد فى الابتداء الا فى ظاهر الامعاء لكن لم تلبث قليلا حتى تظهر ايضا نافذة فى الغشاء المخاطى فينتج من هذا الاحتقان الدموى فى القناة الهضمية لون وردى فى الغشاء الباطن الذى بواسطة احتقان اوعيته يسهل فصله عن الغشاء الظاهر والالياف العضلية فى الجنين الصغير تكون قليلة النمو فالغشاء البريتونى والمخاطى يكونان كانهما موضوعان على بعضهما وانما يبتدأ ظهور الاعور من ستة اسابيع الى شهرين ويكتسب الشكل والاقدار النسبية بينه وبين باقى القناة المعوية التى يلزم ان تكون له فى بقية الحياة واما الترب العظيم الذى قبل الشهرين لم يكن شيأ مذكورا فيبتدأ عند ذلك ظهوره

من الحافة السائبة للمعدة ثم يأخذ فى اكتساب السعة الى زمن الولادة لكنه فى مدة الحياة داخل الرحم يبقى رقيقا جدا وبعد الولادة تسمك وريقاته بسبب نمو المنسوج الدهنى الذى يكتسب زيادة يختلف عظمها باختلاف الاشخاص ولا حاجة لان نتكلم هنا على الجهاز الغددى اى اللينفاوى الذى هو احد متعلقات القناة الهضمية لاننا سنذكره فى محل آخر

ثم فى مدة مكابدة القناة المعوية هذه التغيرات وانضمام جميع الاجزاء المركبة لها بعضها وتهيئتها بحيث يتكون منها قناة تامة تصب فيها الاعضاء مستنبج افرازها ويفرز جدارها الباطن نفسه على سطحه سائلا معدا لتغذيته وربما اعان بوجه ما على تغذية الجنين تحصل جملة ظاهرات يقوم منها شبه هضم فى داخل الرحم يبتدأ حصوله ويزيد كلما زاد تكون المعا وتدوم مدته اقله قدر ثلثى الحياة داخل الرحم وينتهى عند الولادة وذلك الهضم الطويل للمواد المنتشرة او المنفرزة فى الطرق الهضمية يظهر انه شبيه فى مدته وبطئه بهضم الحيوانات التى تختفى حياتها فى الشتاء

واذا كان الحال كذلك لزم ان القناة المعوية لمولود اذا عرضت للبحث يوجد فيها جميع الظاهرات الرمية اى التشريحية التى توجد فى الجهاز الهضمى لشخص كبير مات مدة الهضم ووجد فى جثته آثاره ونتائجه فيشاهد مثل ذلك يقينا فى المولودين ولنقف هنا هنيهة اولا فى شكل اعضاء الهضم فى الاطفال المولودين ومنظرها وثانيا فى طبيعة المواد المحوية فى القناة الهضمية وصفاتها الطبيعية وثالثا فى الكيفية التى تحصل بها الاستفراغات الاول الثفلية والظاهرات التى تتعلق بذلك فان هذا كله مهم المعرفة لانه يلزم لمعرفة الاحوال المرضية التى توجد فى القناة المعوية فى المولودين معرفة الصفات الحقيقية لها فى حالة السلامة فالاثنى عشرى يكون منظره ورديا ويمتد ذلك الاحمرار للصائم ويكون اقل ظهورا فى اللفائفى ويوجد فى الصائم آثار بارزة للاصمة الطابقة ويكون الخمل ظاهرا فيه ايضا وكثيرا ما يوجد فى هذا الصائم اجربة مخاطية منعزلة حجمها كرأس دبوس وتكون فى الغالب مبيضة ويوجد فى آخر اللفائفى ضفائر

جرابية

جرابية قليلة الظهور مبيضة ايضا واحيانا منكتة بالسواد كما يشاهد ذلك
فى الكبار البالغين والصمام اللفائفى الاعورى يكون ظاهرا ايضا والفتحة
المحدودة به ضيقة جدا بل فى كثير من الاطفال لا تمر ريشة غراب منها الا بغاية
العنف فهى تمنع جيدا فى هذا السن رجوع المواد او الغازات من المعا الغليظ
الى المعا الدقيق وتعطى ممرا خالصا للمواد المعوية التى تذهب من المعا الدقيق
الى المعا الغليظ ويمكنك تحقيق ذلك بان تفعل على التعاقب تيارا مائيا فى كل
من طرفى القناة الهضمية فالماء يمر باطلاق من جهة ويجد مانعا لا يقهر من
جهة اخرى واما الاعور وبقية المعا الغليظ فلا توجد فيه انخفاضاته ولا نتواته
وجودا واضحا الا فيما بعد

والغشاء الباطن للطرق الهضمية يفقد بعد الولادة تدريجا لونه الاعتيادى
فيصير ابيض لبنيا ويبقى زغبيا زمنا ما وفى مدة السنة الاولى يكون عظيم
الاهتمام بهذا المنظر وبالافراز الكثير لمواده المخاطية

والمواد المحوية فى القناة المعوية للمولود تختلف فى اللون والقوام والغالب انه
يوجد فى الاثنى عشرى والصائم مواد مخاطية سميكة مبيضة ملتصقة بجدران
الامعاء ومتراكمة فى بعض المحال واحيانا تنبسط بانفراش والغالب ان هذه
المواد تكون ملونة بالصفرة ويقرب للعقل ان هذا اللون اللازم آت من الصفراء
وكثيرا ما يوجد فى محال من هذه القناة المعوية ندف او كتل صغيرة
لونها مخضر تشاهد ايضا فى الامعاء بعد اندفاع العقى بزمن طويل كما شاهد
ذلك بليار فى اطفال عمرهم ثمانية ايام والظاهر انه ليس فيها خاصة التنبيه لان
دوامها فى المعا لا يسبب التهابا فى الغشاء المخاطى ومما يكثر وجوده فى القسم
اللفائفى الاعورى فى الاطفال المولودين تراكم مواد سائلة صفراء زبدية وان
يكون المعا الغليظ دائما مملوأ بالعقى الذى قوامه زفتى ولونه اخضر غامق

فهذه هى الانواع المختلفة المنظر للمواد المعوية التى توجد فى الحالة الاعتيادية
والغالب ان العقى اعنى الجوهر الاخضر الثخين القارى الذى يصح ان نعتبره
نتيجة للهضم الجنينى ونشبهه بالثفل المحوى فى قولون البالغين لا يتصف

بالصفات الطبيعية التي ذكرناها الا اذا وصل للمعا الغليظ فاذا وجد في ابتداء المعا الدقيق الى المعدة فذلك لكونه صعد نحو هذه الاقسام في القناة الهضمية بحركة مضادة للحركة الاعتيادية في اعضاء الهضم ومع ذلك شوهد اختلاف غريب وزوغان عن هذه القاعدة العامة كالمثال الغريب الذي شوهد فيه العقي مالئا للمرئ الغير المنثقب في جنين عديم المخ ذكر قصته لامند وذكرناها عنه سابقا ايسوغ لنا ان نظن على مقتضى هذا الامر الغريب ان العقي المكون من مياه الامنيوس التي ازدردها الطفل ومن المادة المخاطية المنفرزة من سطح الامعاء يكتسب خواصه الطبيعية بملامسته زمنا طويلا لجدران القناة الهضمية وانه اذا شوهد عادة في قولون فذلك لان هذا القسم يأوى في الغالب المواد المعوية القديمة التي توجد مندفعة لهذا الجزء كلما دخلت او انفرزت في الامعاء وهذا التأويل موافق لما عليه الفسيولوجيون فانهم يظنون ان تغذية الجنين كما تحصل بواسطة الدورة المشيمية تحصل ايضا بواسطة مياه الامنيوس كذا قاله لوبستين ولا حاجة لاطالة الكلام في ذلك لانه يخرجنا عن موضوعنا فلنرجع لشرح اوصاف منظر الغشاء المخاطي المعوي للمولودين في حال سلامته من الامراض

فاذا رفع من القناة الهضمية جميع السائلات المحتوية هي عليها بقي ايضا طبقة مخاطية كثيفة ملتصقة بالجدار الباطن للقناة وبسبب كثافتها وقوامها يتكون منها شبه طلاء على سطح الغشاء المخاطي وتلك الطبقة ترفع بالظفر على شكل غلالة يمكن ان يظنها المشاهد الغير المتأمل قطعا من الغشاء المخاطي نفسه ويقرب للعقل انها هي التي اعتبرها بعض الاطباء اوساخا فامر لاجل اندفاعها الى الخارج باستعمال مسهلات في الايام الاول من ولادة الطفل لكن تلك الطبقة سواء كانت منفعتها حفظ الغشاء المخاطي الهضمي من تعب المماسة الغير الاعتيادية للاغذية الاول او كانت مجرد رسوب من سائل محوي مدة طويلة في القناة الغذائية عديم النفع او غير معلومه هي لا تبقى على سطح الغشاء الا زمنا يسيرا فتنفصل عنه بدون احتياج لمسهل على هيئة تقشر اعتيادي

وذلك التقشر يحصل بهيئة صفائح رقيقة تنثني على نفسها فتقوم منها الندف الصغيرة المبيضة التي توجد بكثرة في فضلات الطفل واذا لونت الصفراء سطحا من الاثنى عشري او الصائم مهما كانت سعته كان محل ذلك اللون هو هذه الطبقة فهي الملونة بحيث اذا رفعت زال اللون من المعا

ولنذكر هنا بالنظر لذلك امرا واقعيا يحتاج للتنبيه عليه وهو ان من المعلوم ان العقي يلون الغشاء المخاطي الملامس له فيوجد كذلك في الجنين وفي الطفل ساعة الولادة ولكن اذا استفرغ ونزل من البطن كان كثيرا ما يأخذ معه قطعا غلالية من الطلاء المخاطي الذي ذكرناه بحيث ان قولون يفقد لونه الاخضر بسبب ذلك الامر الشبيه بالتقشر فاذا كان العقي شديد السيولة اندفع بسرعة وترك بعده اللون الاخضر المذكور ولكن بعد ذلك حالا يزول تدريجا فيوجد في قولون صفحات غير منتظمة مخضرة ومبيضة على التعاقب ويمكن تأكيد ما قلناه بان يزال العقي بلطف من على سطح قولون بظهر المشرط فيشاهد انه يرفع معه البقايا اللبية الغشائية التي هي من الطلاء المخاطي وتترك في محلها الغشاء الباطن عديم اللون وعندما يعرض المولود لتغذية جديدة يتغير منظر المواد المعوية وتصير ظاهرات الهضم بالنظر لكيفية حصولها كثيرة الشبه بما يحصل مدة بقية الحياة والمرضعات وخدمة المرضى يعتنون جدا بالاستفراغات الاول المعوية من المولودين فيبادرون في الغالب باعطاء الطفل المولود مسهلا خفيفا فرارا من بقاء هذه المادة التي هي على زعمهم مهيجة فتؤثر في البنية تأثيرا مهلكا ونحن لا نقول بهذا الرأى ولا نرى في العقي خاصة كيماوية مهيجة نعم نعلم ان طول مكثه اى عدم استفراغه يحصل منه عوارض شبيهة بما يحصل من امساك البطن في الكبار فالاولى ان يقال لكن لا على انه قاعدة كلية انه يلزم ان يؤمر للمولود بمشروب ملين اى مسهل خفيف كنصف درهم من شراب الراوند او بحقنة من ماء فاتر وزيت زيتون لكن ذلك لمن لم يكن معه عيب من عيوب التكون وتعوق فيه نزول العقي يوما او يومين

المبحث الثانى
فى عيوب تكون القناة المعوية

قد يعدم جزء يختلف عظمه من القناة المعوية فى الاطفال العديمى المخ فكثيرا مالا يوجد الاجزء من المعا الدقيق مع المعا الغليظ اوهذا المعا فقط والعيوب الاخر الاصلية فى التكون تنسب للشقوق والانسداد والاتساع والتضايق فى اجزاء من القناة المعوية

فالشق او الانقطاع فى القناة المعوية شوهد فى محال مختلفة من هذه القناة ولكن الاكثر وجوده فى المعا الدقيق وقد اشتهر مثال لسخافير فيه تقطع القناة المعوية من جملة محال وذكر هذا الطبيب معظم ماذكره المؤلفون من ذلك وابدى اعتبارات صحيحة فى الاسباب الممكنة لهذا العيب ولا حاجة لان نذكر جميع ماذكره بالتفصيل فى تلك الرسالة ولا ان نجتهد فى اثبات ان هذه التقطعات فى القناة ناتجة من كون هذه القناة فى الاصل مكونة من جملة اجزاء متميزة عن بعضها ولم تنضم فى تلك الحالة المذكورة وانما نجتهد فى معرفة العلامات التى تدل على وجود ذلك فى الطفل المولود بهذا التشوه الخلق

فالطفل الذكر الذى هو موضوع رسالة الطبيب سخافير ولد فى شهر ديسمبر تام الاشهر وهو بكرى امه فاما من الظاهر فكان جيد التركيب ولكن كان ملونا بلون اصفر وكان يئن كثيرا ولا يخرج منه فضلات ثفلية ولا عقى ولا بول ويزدرد السائلات التى تعطى له ولكن لم يلبث قليلا حتى يتقاياها ومواد القىء كانت من سائل اسمر يشبه العقى فذبل هذا الطفل وضعف جدا حتى مات فى سابع ولادته ولما فتحت جثته وجدت الاعضاء كلها سليمة الا القناة المعوية فكان فيها ماسيذكر فالمعدة كانت اكثر عودية من العادة فى هذا السن واكثر اندفاعا فى المراق الايسر ومملوءة بالسائل الذى كان يتعاطاه الطفل والاثنى عشرى كان شديد التمدد بحيث جاوز مقدار حجمه فى الكبار البالغين والجزء الثالث من هذا المعا بعد ان ثقب الرباط المتوسط لقولون انتهى بسد غير نافذ والقناة الباتقرياسية والصفراوية انفتحتا فى الاثنى عشرى فى محلهما الاعتيادى والمعا كله كان ممتلئا

بسائل

بسائل اسمر وبقية القناة المعوية كانت ضيقة جدا وتجويفها يحتوى على
مقدار قليل من مواد مبيضة غروية زلالية يظهر انها فى اللفائفى تحولت
الى قطع صغيرة كرية وكان اتساع الاثنى عشرى قيراطا ونصفا وطوله
تسعة قراريط وعشرة خطوط وباقى المعا الدقيق كان طوله اربعة وثلاثين قيراطا
وعرضه خطين ونصفا وكان طول المعا الغليظ اربعة عشر قيراطا وستة خطوط
وعرضه خطين ونصفا وكان طول الاعور خطين وطول زائدته احدى
وعشرين خطا

قال بليار وقد شاهدت حالة شبيهة بذلك فى بيت اللقطاء واظن ان من اللازم
ذكر قصتها وهى ان طفلا عمره يوم وبنيته ضعيفة دخل بيت اللقطاء فى الثالث
من افريل وكان جلده قليل التلون والدورة فيه بطيئة والحركات ضعيفة
وفى الرابع صار يتقيأ اللبن والماء المحلى الذى يعطى له وعسر تنفسه وصار صياحه
شاقا اختناقيا والنبض بطيأ جدا ولم يخرج منه عقى منذ ولد ومع ذلك لم يكن
فى بطنه الا انتفاخ قليل وفى الخامس من الشهر تقيأ بكثرة موادصفراء سائلة
ومات فى السادس فاما ظاهر جثته فلم يكن فيه الاصفرة قليلة ووجد كل من
الفم والمرىء والمعدة سليما والاثنى عشرى كثير التمدد الى آخر تقوسه الثالث وقطر
اتساعه نحو قيراط وينتهى دفعة بحاجز غير نافذ متصل بباقى القناة الهضمية
التى كانت ضيقة جدا والغشاء المصلى للاثنى عشرى كان متصلا بنظيره
الذى للصائم واما من الباطن ففيه انسداد تام بدون اثر انقباض ولا التصاق
فى الغشاء المخاطى الذى ينتهى بعمق مسدود وذلك المعا متوتر بمقدار عظيم
من سائل اصفر زائد السيولة غروى وليس فيه قوام المادة الزفتية ولا اللون
الاخضر للعقى الحقيقى وبقية القناة المعوية التى اتساعها يعسر ان يمر منه
مجس امرأة لا تحتوى الا على مقدار يسير من مخاطية مبيضة لزجة ملتصقة
بجدران المعا والمعا الغليظ الذى حجمه اغلظ من ذلك يسيرا لا يحتوى ايضا
الا على شئ يسير من مثل ذلك ولا يوجد فيه اثر للعقى وغشاؤه المخاطى مبيض
واما الرئتان فكانتا محتقنتين بالدم خصوصا فى حافتهما الخلفية والفتحات

الجنينية كانت غير منسدة والمخ فيه قليل احتقان

فقد شاهدنا فى هاتين المشاهدتين ان الطفلين لم يخرج منهما عقى وكان معهما فى الابتداء قىء للمشروبات التى يتعاطيانها ثم بعد ذلك صارت مواد القىء مصفرة رغوية لم يكن فيها فى الحقيقة الصفات الاعتيادية للعقى فهذه هى الاعراض القاطعة التى يمكن ان تعرف بها وجود انسداد المعا الدقيق ويلزم ان ننتبه ايضا بالاكثر لعدم وجود المواد المخضرة المعوية فى باقى القناة الهضمية من تحت الانسداد وان الجدران كانت فقط مغطاة بمادة مخاطية انفرزت منها وهذه الحالة تدل على ان المواد الخضراء التى تملأ فى العادة المعا الغليظ فى الاطفال المولودين انما هى يقينا كما قلنا مستنتج الهضم الجنينى الذى اغذيته ومواده آتية ولابد من مياه الامنيوس الذى ازدرده الطفل ومن نتائج افراز الصفراء والبانقرياس والغشاء المخاطى كذا قال بليار

قال الطبيب سضافير يصح ان تقسم احوال الانفصال التشوهى فى القناة المعوية التى ذكرها المؤلفون الى ثلاث رتب الاولى ان يكون فى جملة اجزاء من القناة تضايق شديد الثانية ان تكون منقسمة الى جملة اجزاء باغشية باطنة الثالثة ان تكون مقسومة الى جملة اجزاء منفصلة بالكلية عن بعضها وجميع هذه العيوب مهما كان محلها ينبغى اعتبارها مهلكة فالطفل نهاية ما يعيش بها يومان

وينبغى ان يعد من عيوب التكون فى القناة المعوية المعلقات التى تشاهد فيها وتكون فى العادة موضوعة فى طول المعا الدقيق ويظهر انها نتيجة التصاقات حصلت فى الابتداء للمعامع الموصلة السرية ويندر ان يحصل منها فى المولودين عوارض مخصوصة وليست موانع لاتمام الوظائف الهضمية بقى علينا فى هذا المبحث مطلبان

المطلب الاول
فى انسداد الشرج

الطرف السفلى للقناة المعوية قد يوجد فيه انسداد تام ناشئ من عدم انثقاب

الجلد فى محاذاة الشرج اومن عدم وجود المستقيم كلا اوبعضا فالمستقيم ينتهى حينئذ بحاجز غير نافذ فيكون على هيئة جيب ينتهى من الاسفل بهيئة انكماش فينتج من ذلك تكرش استدارى فى اغشيته ولا يكون فى الابتداء واسعا جدا لكن لم يمكث قليلا حتى يتسع كلما تراكمت المواد الثفلية فى تجويفه حيث لا يمكن استفراغها فاذا اعدم جزء من المستقيم انتهى ذلك المعا بالتصاقه بالجزء المقدم من العجز التصاقا متينا فاذا اعدم المستقيم كله انتهى طرف قولون قرب الزاوية العجزية الفقرية بحاجز غير نافذ يلتصق عادة بالطرف العلوى للعجز ويأخذ فى التمدد شيأ فشيأ حتى يصير عظيما وعدم انثقاب المستقيم اوعدم وجوده رأسا لا يستلزم دائما عدم انثقاب الشرج لان هذه الفتحة قد توجد فى اطفال مستقيمهم منسد بالكلية ودراسة الاعراض الحاصلة من عدم انثقاب الشرج ربما كانت هنا شديدة النفع لانها تخدم معنا فى معرفة العلامات الخاصة بالمغص والعوارض الناتجة من انقطاع سير المواد المعوية فى المولودين وها هى مشاهدة ذكرها بليار

الانسداد الخلقى للشرج * طفل عمره يوم واحد وبنيته قوية دخل بيت اللقطاء فى العاشر من جولييت ثم الى مساء الحادى عشر لم يخرج منه العقى مع ان فوهة الشرج كانت بحسب الظاهر مفتوحة وصار بطنه منتفخا كثير التألم والتنفس عسرا والاطراف باردة والنبض صغيرا والصياح مستداما ثم فى ذلك المساء بعد ان خرج من فمه مواد مخاطية مصفرة تقيأ العقى فوضع فى حمام مدة نصف ساعة فلم يحصل منه بذلك استفراغ مع انه يعلم من ظاهر الجسم ان الفوهة الشرجية موجودة ويمكن ان يدخل فى المستقيم مجس يصل الى عمق نحو قيراط الا انه بعد ذلك يستشعر بمقاومة لا يمكن قهرها قال بليار فادخلت فى المستقيم حولة اى قتيلة من صابون وتركتها نصف ساعة فلم يفد ذلك فى الاستفراغ شيأ فحينئذ غمست فى عمق الحاجز الغير النافذ مشرطا وجهت سنه مهديا على قناة مجس سائر على اتجاه المستقيم ثم التفت بحده الى الخلف وبظهره الى الامام ولما استشعرت بقهر المقاومة وازالتها تحققت بذلك

حصول الانثقاب ثم اخرجت المشرط فرأيت سنه ملوثا بالعقى وسال بعض دم وامرت للطفل بنصف حقنة فلم يلبث السائل قليلا حتى خرج جاذبا معه بعض حبوب دموية ثم وضع الطفل من جديد فى حمام فاتر لكن كل ذلك ولم يحصل له تخفيف فضعف صياحه واخذ بطنه فى شدة الانتفاخ شيأ فشيأ وصار تنفسه عسرا اختناقيا ثم مات فى وسط الليل ولما فتحت جثته وجد كل من الفم والمرئ سليما والمعدة محتوية على العقى الذى اندفع الى اعلى متى دخل فى تجويفها والمعا الدقيق متمددا بالغاز والغليظ متمددا جدا بعقى ثخين وابتدأ الاتساع من الاعور واما المستقيم فينتهى بحاجز غير نافذ مكرش الطرف وهو ملتصق بعنق المثانة ولم ينزل الى الفوهة الشرجية الجلدية ووجد الشق الذى فعل فى الحاجز بالمشرط مملوأ ومنسدا بقطع دموية متجمدة صلبة يظهر انها ناتجة من نزيف حصل من الشرايين الباسورية وبقية اجزاء البطن سليمة والرئتان محتقن طرفهما الخلفى والفوهات الجنينية خالصة والجمجمة محتقنة بالدم ويقرب للعقل ان الدم الآتى من حوافى الشق المفعول فى المستقيم سد هذه الفتحة الصناعية حالا فعارض استفراغ المواد المعوية وكان يمكن قهر هذا المانع بان يدخل من جديد انبوبة من مصمغ مرن يحقن المستقيم منها بالماء الفاتر لحل المواد المحوية فيه فيسهل خروجها قال بليار واظن انه يلزم المبادرة حسبما امكن بفعل فتحة فى الشرج لان تأخير ذلك ربما اضر بنجاح العملية وذلك هو ما فعل فى مشاهدة اخرى فيها انسداد الشرج والتهاب المعدة والمعا

وحاصلها بالتفصيل ان طفلا عمره يومان دخل المارستان فى التاسع من شهر مرس ولم يخرج منه العقى منذ ولد وكان بطنه منتفخا جدا شديد التألم لانه كان اذا لمس صاح الطفل وتقطب وجهه وكان يحس من خلف الجدار البطنى بهيئة تقوس قولون وكان يتقيأ مواد مخضرة وكان صياحه ضعيفا وجلده باردا وحركاته تكاد ان تكون معدومة ودورة الدم فيه بطيئة جدا وشرجه غير مثقوب مع ان منظر الفوهة موجود فى العجان قال بليار فغمست مشرطا محدد السن مع الاحتراس على الالتفات بظهره نحو المثانة وبعد البط وسعت

الشق

الشق من الامام الى الخلف فخرج حالا من الشرج مقدار عظيم من العقى وانخسف البطن لوقته وظهران الالم زال حالا لانقطاع صياح الطفل باللمس وذهاب تقطب الوجه الدال على الالم ثم وضع نحو نصف ساعة فى حمام من ماء الخطمية ومع جميع هذه الاحتراسات لم ينقطع القىء وعرض الموت فى المساء ولما فتحت جثته وجد احتقان ضعيف فى البلعوم وصفائح شديدة الحمرة فى الغشاء المخاطى المعدى واحمرار عام مع انتفاخ فى الغشاء الباطن للمعا الدقيق وفى الاجربة المخاطية العديدة فى المعا الغليظ ودائر كل من هذه الاجربة محاط بدائرة حمراء والمستقيم امتد الى العجان وما كان انسداده الاغشائيا ووجد ايضا مقدار من العقى فى المعا الغليظ وباقى القناة المعوية محتويا على مواد مخاطية مصفرة زفتية ووجد كل من الجهاز الدورى والمخى سليما فمن الواضح انه لولم يكن مع هذا الطفل الالتهاب المعدى المعوى لشفى ولم يبق معه شئ من هذا التشوه بهذه العملية البسيطة التى فعلت له

وفى بعض الاحيان لايكون الانسداد فى المستقيم كما فى الحالة المذكورة بل يكون عدم انثقابه ناشئا من التصاقه بالاجزاء المجاورة له وسيما المثانة كما شوهد ذلك وشوهد ايضا فى المولودين ان المستقيم قد ينفتح فى المهبل وفى المثانة وهذه الزوغانات العضوية ربما كانت اقل خطرا واقل اهلاكا من الانسداد التام للشرج وان كانت ثقيلة مثله لكونها تجعل الشخص فى تشوه مقرف

وحاصل مايؤخذ من تلك المشاهدات من الاعراض وعلاجها اللازم انه لايخفى ان اول ما يلزم الطبيب عند ولادة الطفل بعد ربط الحبل السرى ان يفتش فى جميع جسمه لينظر ما يكون فيه مخالفا للعادة وسيما الفوهات التى جعلها الله مفتوحة فى الظاهر خصوصا فوهة الشرج ومجرى البول وذلك حذرا من عروض الاعراض الثقيلة الحاصلة من انسدادهما فاذا لم يعلم من ذلك البحث عيب التكون للمصاب به الطفل ظهرت حالا ظاهرات مرضية توقظ انتباه الطبيب ويعلم منها ان الشرج غير مثقوب وبعد عشر ساعات

او خمس عشرة او عشرين اذا لم يخرج منه العقى يضطرب ويصيح صياحا موجعا
ويفعل حركات عنيفة واندفاعات وفى مدة ذلك ينقطع التنفس ويحمر الوجه
ويتوتر البطن ويكون ذلك اولا وقتيا ومتقطعا باوقات تختلف فى الطول
ثم تصير تلك العوارض مستدامة او تتقارب مددها بسبب المغص المتضاعف
فيه وتكتسب شدة وتحرض حركات الحجاب الحاجز كجدار البطن ايضا فتحصل
فيهما انقباضات اندفاعية قوية فاذا لم يفتح الانسداد بالصناعة اخذ البطن
فى شدة التوتر وخصوصا من الاسفل ويحس فيه مع ذلك بحرارة وتيبس وكذا
بالتألم عند الضغط عليه لزيادة صياح الطفل من ذلك ثم بتقايا الطفل السائلات
التى يتعاطاها ثم السائلات المخاطية والصفراوية ثم مواد شبيهة بالعقى نفسه
وتبقى تلك الحالة حتى يعرض الموت الذى لابد منه ويختلف زمن عروضه
من ثلاثة ايام او اربعة الى سبعة او ثمانية على حسب قوة الطفل ومقاومته
للاعراض وسرعة تقدمات الالتهابات المعوية البريتونية التى لابد منها
فمتى مضت الاربع والعشرون ساعة من ولادة الطفل ولم يخرج العقى وظهر
بعض من تلك الاعراض التى ذكرناها لزم البحث مع غاية الانتباه فى الشرج
والجزء السفلى من المعا فاذا كانت فوهة الشرج جيدة التكون وانما كانت
منسدة بغلالة غشائية وجدت تلك الغلالة مندفعة الى الاسفل بالمواد التى شأنها
ان تخرج منها فيحصل فيها بروز تسهل معرفته ويزيد ويتوتر كلما تجددت
الافعال الاندفاعية فحينئذ يعمل فى ذلك البروز الذى هو الحاجز الغير
الاعتيادى شق صليبى بمشرط مستقيم يمسك كقلم الكتابة فذلك يكفى لازالة
المانع وخروج العقى وقطع العوارض ثم يوضع فى محل الشق شريط من تفتيك
مدهون بمرهم بسيط ويبقى فيه مدة اربع وعشرين ساعة حذرا من انضمام
الاهداب الذى قد لا يحصل وقد لا يمكن منعه ثم بعد تلك المدة لا يخاف حصوله
لما ان خروج المواد يمنع ذلك الانضمام فيكون ادخال الاجسام الغريبة غير نافع
فتنكمش الاهداب على قاعدتها ويلتحم كل هدب منها على حدته وينتهى الحال
بذهابها بالكلية بان تختلط بحافة الشرج فاذا كانت فتحة الشرج ضيقة

حدا

جدا اوسعت بشقها بالمشرط المهدى على مجس قنوى ويلزم فى هذه الحالة الحذر من شق جميع العضلة العاصرة فان سبتيير رأى فى مثل تلك الحالة خروج المواد دائما بدون اختيار فى طفل مات بعد العملية ببعض اشهر فاذا كان الشرج منسدا انسدادا متينا وان كان موجودا ايضا وكان جزء المستقيم المحصور بين العضلتين العاصرتين منضما اومنسدا بسدادة شحمية دهنية وخاليا من التجويف كانت هذه الحالة عظيمة الثقل مع كونها ايضا خارجة عن وسائط الصناعة فاذا استشعر مدة حصول الحركات العنيفة للطفل بجىء العمق فى القسم الشرجى بحيث تكون منه فى عمق ما ورم متوتر مستدير لزم النفوذ فى مركز ذلك الورم بآلة قاطعة لتقطع بها الثنيات التى تدل على المحل الذى يلزم ان تكون الفتحة فيه وتصالب الشقوق وهذه الآلة مشرط صفيحته ضيقة مستطيلة فاذا كان العمق عظيما عمات تلك العملية ببازلة ومن المهم فعلها فى اللحظة التى تظهر فيها الحركات العنيفة الاندفاعية من الطفل لان الحاجز المسدود المرتفع يكون حينئذ مدفوعا الى الاسفل فيقرب للشرج ويصير اوسع واكثر توترا فتكون منفعة ذلك قصر المسافة التى تجتازها الآلة حتى تصل الى المانع وسهولة الوصول ومن المهم ايضا اتباع المسير المعروف للمعا على طول تقوسه وان لا تغمس الآلة زيادة عن اصبعين ونصف الى ثلاثة اصابع ويلزم ان تكون انبوبة البازلة قنوية فى طولها ليهدى عليها مشرط ويصح ايضا ان يوجه بدلها مشرط ضيق الحد كما فعل الطبيب بتيت وحصل منها نجاح بحيث عاش الطفل شهرين بعد العملية وبعد هذه العملية لا يكتفى بادخال الشريط مدة كما فى الحالة السابقة وانما يداوم على استعماله الى تمام التحام الاجزاء حذرا من التضايق الذى هو قريب الحصول

وهناك احوال يوجد فيها الجزء الشرجى من المستقيم ويستطيل الى الاعلى كثيرا او قليلا وينتهى بحاجز غير نافذ بدون ان يكون له اتصال ببقية المعا فلا يكون ارتباطه بها الا بشبه حبل ليفى صلب يختلف طوله وتختلط اغشيته المتضايقة بالعضو وفى هذه الحالة الثقيلة اذا ظهرت العوارض التى ذكرناها

واخذت فى الازدياد بدون انقطاع لم يلزم الاقتصار على البحث الظاهر فى الشرج وادخال حقن صغيرة حيث لا يمكن مكثها وانما يلزم البحث فى المعا باصبع تدخل فى تجويفه او بمجس من مجسات مجرى البول المصمغة المرنة فاذا استشعر فى طرف الاصبع بالورم المتكون من العقى المسولئ فى الجزء العلوى من العضو واحس به بارزا كان المناسب ان يهدى على الاصبع بازلة طولها كاف للحاجة وتدخل فى التجويف المسولئ فيه المواد وقناة تلك الآلة تدلنا على الاستفراغ فتترك تلك القناة فى محلها مدة ايام لتبقى تلك الفتحة موجودة دائما فاذا اخرجت ابدلت حالا بفتيلة من تفتيك يداوم على استعمالها ويزاد فى حجمها تدريجا حتى يتم التحام الاجزاء فاذا لم يكن بين جزءى المعا الا حاجز رقيق غشائى سهل فعل هذا الشق بسن المشرط اما فى غير ذلك فان العمليات التى من هذا النوع تستدعى غاية المهارة واللطف ونجاحها نادر اسهولة انعدام الطرف العلوى للمعا اودخوله فى تجويف البريتون ولعسر تأكيد اطلاق الممر المفعول للمواد الثفلية

فاذا انفتح المستقيم الزائغ عن الاتجاه الاعتيادى فى المثانة او مجرى البول فى الاطفال الذكور اوفى المهبل فى الاطفال الاناث كان من النادر معيشة الطفل زمنا طويلا بهذه الهيئة ومع ذلك هنالك امثلة استدامت فيها سهولة الاستفراغ الثفلى من هذه الطرق الغير الاعتيادية زمنا طويلا تقدم فيه سن الطفل وفى احوال اخر لم تكف هذه الفوهة العارضية لخروجها فالتزموا فعل شرج صناعى فى الخاصرة لكنه لم ينجح

والتضايق الزائد الخلقى فى الشرج كالجزء السفلى من المعا ايضا ينبغى علاجه بشق يفعل بمشرط ذى زر يتجه الجراح به نحو العصعص وان فعله كثير من الجراحين بدون نجاح فاذا وجد الشرج الضيق مع فتحة المستقيم فى الاجزاء المجاورة له وصارت المواد الثفلية تخرج من كلتا الفوهتين كان المناسب توسيع الفتحة الطبيعية تدريجا فباتساعها ينال انسداد الفتحة الاخرى وطرق ذلك تعلم من مباحث الناصور فى علم الجراحة

فاذا عدم المستقيم بالكلية بان لم يحس بتموج اصلا من العجان ولم يوجد اثر للشرج رأسا لزم احداث شرج صناعى فى الخثلة اى فى القسم الاربى اوفى خاصرة الجانب الايسر وسنذكر هذه العملية بعد ان نذكر الشرج الغير الاعتيادى الخلقى

المطلب الثانى
فى الشرج الغير الطبيعى الخلقى

اسباب هذا العيب الخلقى مخفية عن تأملاتنا ومرتبطة بقواعد غير جيدة المعرفة لنا تتراءس على النمو المنتظم لاعضائنا فلا يمكن تعيينها اصلا ومع ذلك يصح ان نقول ان ذلك ناشئ من وقوف نمو عرض فى تركيب الجزء السفلى من القناة الهضمية فى وقت سابق من الحياة الجنينية اذ من المعلوم ان قولون والمستقيم لا يستطيلان الا تدريجا ولا يصلان الى المحل الذى يلزم ان تخرج منه موادهما المحوية فيهما اى فتحة الشرج الا بنموات متتابعة فتبقى تلك الفتحة مدة طويلة مسدودة بصفيحة غشائية سميكة متكاثفة ففى ذلك العمل قد يقف المستقيم فى علو يختلف طوله اوبزوغ عن اتجاهه فينفتح فى محل غير محله الاعتيادى فاما ان يترتب على ذلك عدم تام للشرج اووجود شرج موضوع فى غير موضعه فاذن لانعرف سبب هذه الحالة التى لم تصل فيها نهاية القناة المعوية الى الشرج حتى تنتهى فيه وانما انفتحت فى محل من الدائرة الخارجة للبطن فمتى زاغ المستقيم عن اتجاهه الاعتيادى تفمم دائما ببعض الاعضاء اوالقنوات القريبة له كالمهبل اومجرى البول او المثانة والظاهر ان هذه الاجزاء تكون فى الازمنة الاول من وجود الجنين مختلطة ببعضها ووصولها لبعضها ناشئ حينئذ من عدم كمال تركيب الحواجز التى تكون بينها فيما بعد فتارة لا يوجد الشرج الطبيعى ويستفرغ الثفل كله من الطريق الجديد الذى تجهز لذلك وتارة يظهر ان المستقيم منثقب بفوهة غير اعتيادية بها حصل اتصال بينه وبين عضو من الاعضاء الملاصقة له فلا يكون الاتصال بينها الا على هيئة ناصور يختلف اتساعه ويشترك مع الفوهة الطبيعية فى استفراغ

المواد الثفلية

والهيئة التشريحية للاجزاء التى تكون منها الشرج الغير الطبيعى الخلقى تختلف كثيرا فاذا انفتح المستقيم كله فى المثانة او المجرى او المهبل يشاهد انه ينحنى تدريجا نحو هذه القنوات ويلتصق بها ويختلط معها بحيث لا يبقى اسفل محل نهايته الا منسوج خلوى متراكم او شبه حبل ليفى مثبت من الاسفل فى الجلد ثم احيانا يدل على محل الشرج الطبيعى الذى يلزم ان يشغله انخفاض يختلف عمقه فى ثنيات متشععة وفيه اصول العضلات العاصرة واحيانا لا يشاهد شئ من ذلك اصلا ويطول الخط الفاصل للاليتين بدون انقطاع بين الفخذين حتى يصل الى الصفن او الفرج اما من الاعلى فالبريتون ينثنى من المستقيم على العضو الذى انفتح فيه وينتهى الحاجز المزدوج الفاصل بينهما بمهماز مستدير رقيق حافته السائبة منحنية على شكل هلال والالتصاق الحاصل بين طرف هذا المهماز وعمق الثنية البريتونية يختلف فى الارتفاع بحيث لا يمكن غالبا تعيينه من قبل

اما اذا لم ينفتح المستقيم فى الاعضاء او القنوات المجاورة له الا انفتاحا جزئيا فانه يحصل فى سطحه الخلفى فقط التصاق اقوى شدة من العادة توجد فى مركزه فتحة الناصور واما من الاعلى فيوجد ايضا المهماز والحاجز المزدوج المحدودان بثنية البريتون التى ذكرناها واما من الاسفل فالقناتان تكونان كالعادة والطرف العلوى للمعا اعنى الموضوعة اجزاؤه اعلى عن تفرق الاتصال يكون واسع الاقطار واما السفلى فيكون اضيق كلما امتد الناصور لاعظم جزء من دائرة جدران المعا فيوجب ذلك بعطى منفذا لمقدار عظيم من المواد الثفلية فاذا كانت الفتحة الناصورية صغيرة جدا كان الطرف الشرجى للمستقيم حافظا تقريبا لجميع قطره اما اذا كانت محتوية على نصف محيط القناة او ثلثيها او ثلاثة ارباعها فانها تتحول من الاسفل الى ابعاد ضيقة حتى تزول اقطارها بالكلية اذا خلت عن المواد التى تكون فيها عادة

وجدار المعا المقابل للناصور لا تتكون فيه ثنية محسوسة فالمستقيم لاجل

تممه بالمثانة اوالمجرى فى الذكور اوالمهبل فى الاناث يكاد ان لا يحتاج لان يغير اتجاهه ولا يوجد فى اغشيته من الخلف المهماز البارز الذى يوجد دائما فى الشرج الغير الطبيعى العارضى الموضوع فى الدائرة الخارجة للبطن

وفى معظم احوال الشرج الغير الطبيعى الخلقى التام يتكون منفذ للعنق وثقل الاغذية فى الاجزاء الآكية حتى يتم وظائف اخر فلذا كان دائما عسرا غير تام وحياة الشخص لم تلبث قليلا حتى تهلك ويظهر اولا حالا مغص وغثيان وفواق وقىء وبقية العوارض التى يسببها احتباس المواد الثفلية بل لو اتقسم الخارج بين الطريق الغير الاعتيادى والطريق الاعتيادى اوخرج باطلاق من المهبل اوالمجرى لم تظهر اصلا علامات اختناق باطنى الا ان الموت كثيرا ما يحصل من الفعل المهيج الحاصل من المواد الثفلية فى الغشاء المخاطى التناسلى البولى وكذا فى جلد الفخذين والعجان والاجزاء القريبة لذلك حيث تنتشر دائما عليها لاستدامتها ونزولها بدون اختيار

واندار مثل هذا التشوه المقرف ثقيل جدا ومعظم المصابين به لا يتخلون تأثيره المحزن زمنا طويلا ومع ذلك فالصناعة قد تعارضه فى بعض الاحوال بوسائط قوية فاذا لم يمر من هذا الشرج الخلقى الغير الاعتيادى الاجزاء من المواد الثفلية كانت الوسائط المناسبة هى توسيع الفوهة الاعتيادية بآلة قاطعة وادخال شريط مختلف الحجم فى المستقيم حتى يصل للناصور والضغط مباشرة على فوهة الناصور اذا كان منفتحا فى المهبل اوفى المجرى لكن لا يمكن استدامة ذلك لينال منه الشفاء الا اذا جاوزت الاطفال الصغار زمن الطفولية الاولى بحيث يكون عندهم تمييز يمنعهم من فعل الحركات الغير اللازمة اوالمؤذية ويعينهم على تحمل التعب الذى يحصل لهم من تلك الوسائط

فاذا كان الشرج الخلقى الغير الاعتيادى تاما والفوهة السفلى للمستقيم معدومة بالكلية اومنسدة جاز احيانا احداث طرق طبيعية غير ذلك لخروج المواد الثفلية فقد ذكر وجلير مشاهدة طفل لم يوجد فيه اثر للشرج

الاعتيادى وصار يخرج منه مع البول مادة مخضرة شبيهة بالعقى ففعل شق عميق فى الجزء الخلفى من العجان امام العصعص فلم يفد ذلك فالتزم الجراح ان يعالج الجرح بدون ان يعطى منفذا للمواد الثفلية ففى اليوم التالى رفع الجهاز فشاهد المعا متوترا فى عمق تفرق الاتصال فاخذ مبضعا وغمسه فى تجويفه فخرجت المادة الثفلية تدريجا من هذا الطريق ولم يلبث الناصور المستقيمى المثانى قليلا حتى انسد واتفق فى حالة اخرى ذكرها البيين ان المهبل كان يخرج منه بعض شئ من العقى وصار الطفل فى سن عشرة ايام فريسة لجميع العوارض التى تحصل من انقطاع سير المواد الثفلية ولم يبتدأ الناصور المستقيمى المهبلى فى الظهور التام الا بعد ذلك بزمن تما ولم يوجد مع ذلك الطفل الشق بين الاليتين فاتفق ان جراحا اجتهد فى كشف الشرج واخذ من الخلف العصعص مرشداله ومن الامام الجمع الخلفى للفرج وعمل شقا فى جلد العجان فظهر من بين حافتى الشق ورم متموج مكون من المعا فعمل فيه فتحة فخرج منه حالا مقدار عظيم من الغاز والعقى وانسد الناصور المستقيمى المثانى تدريجا ولم يمت ذلك الطفل الا بعد ثلاث سنين بمرض غريب عن الداء الاول الذى ولد به

فاذا لم يمكن كشف الجزء السفلى من المستقيم من خلف العجان وكان فى المهبل ناصور لا يكفى لخروج المواد الثفلية فالواسطة التى يلزم ان تفعل اولا هى توسيع الفوهة الغير الاعتيادية بالمشرط او بالاشرطة التى تدخل فيها ليخرج الثفل منها بسهولة ثم فيما بعد يشتغل بارجاع الطرق الاعتيادية فاذا لم يوصل لذلك لزم حفظ الشرج الصناعى المهبلى واما الاشخاص الذين مستقيمهم منفتح فى المثانة بدون ان يتيسر فيهم كشف الجزء السفلى من المعا من خلف العجان فليست واسطة الشفاء فيهم الا فعل شرج غير طبيعى فى الخاصرة اليسرى وخطر هذه العملية ليس باقل من الداء نفسه وتعمل فى تلك الحالة وفيما اذا كان المعا منسدا ولم تنفع جميع الوسائط فيشق جدار البطن نحو الخاصرة اليسرى ويجذب الى الخارج الجزء النازل من قولون ويفتح فيه شرج غير اعتيادى لتخرج منه المواد وتزول الاعراض المهلكة وتطول مدة حياة الطفل وقد عمل

هذه العملية كثير من الجراحين لاسباب كثيرة مختلفة وحصل منها احيانا
نجاح عظيم بحيث صارت المواد الثفلية تخرج من هذا الشرج واحيانا
انما كان نفعها وقتيا لكن تقدم المعارف الآن صير معظم احوالها النجاح
نهايته ان العسر فيها انما هو تحصيل التصاق المعا وتثبيته فى الجدران البطنية
فمن اللازم للنجاح ان يكون المعا الذى تعمل فيه الفتحة موضوعا بالطبيعة
فى محاذاة جزء من جدران البطن يراد اخراج المواد الثفلية منه وان يلتصق
بذلك الجزء التصاقا متينا وان يكون بحيث لا ينصب منه فى التجويف البريتونى
ادنى شئ من المواد ويكون الاتصال بين تجويف المعا وظاهر الجسم حاصلا
تاما وقد ثبت بالتجربة ان ازالة جميع تلك الاحوال كلها عسرة وكما تعمل هذه
العملية فى الاحوال التى نحن بصددها تعمل ايضا فى احوال اخر فقد تجاسر
بعضهم على عملها فى بعض احوال من الاختناق الباطن فى المعا الدقيق مع
ان اسباب هذا الاختناق كثيرة ويعسر تعيينها مدة الحياة وتحقيقها بخلاف ما
اذا كان المانع لخروج المواد تغير عضوى فى تركيب المستقيم فانه يكون مشاهدا
محسوسا وعملت ايضا سنة ١٨١٤ عيسوية لشخص كبير معه ورم سد
المستقيم ومنع خروج المواد فعمل شق فى القسم الحرقفى الايسر طوله اربعة
قراريط وفتح البريتون فانكشفت الياف قولون فثبت فى حافتى الجرح بغرزتى
خياطة وبعد فتحه خرجت مواد كثيرة وغاز كثير بقوة وزالت العوارض
التى كانت موجودة وبعد العملية بثمانية عشر يوما رجع الشخص لاشغاله
وصار اذا احس بالاحتياج يحل الرباط ويقضى حاجته من هذا الشرج
ثم يغسل ويربط وهذه الحالة شجعت الجراحين على فعل هذا الشرج متى احتيج
اليه وفعل هذه العملية الطبيب دوريت مع النجاح فى القسم الحرقفى الايسر
فثبت قولون فى حافتى الجرح بواسطة خيطين مشمعين مارين خلفه ثم شقه
بالطول وفى اليوم السادس شوهد تكون شرج صناعى عاش به الطفل
قال بليار ولم تنجح هذه العملية على يد طبيب يسمى اوفرار عملها لطفل
كان المستقيم معدوما منه وانتهى قولون معه بحاجز غير نافذ فى الطرف

العلوى للعجز

والجهاز اللازم يقوم من مشرط مستقيم ومشرط محدب ومقراض وجفت رباط وخيوط مشمعة وابرخياطة واسفنج ناعم وماء بارد واوانى تؤخذ فيها المواد التى تستفرغ والمريض يوضع على سريره وضعا مناسبا بحيث تكون جدران بطنه مسترخية ويحفظ بمساعدين والجراح يفعل شقا فى المحل الذى يراه مناسبا من جلد البطن اوالخاصرة اليسرى اوعلى طول القسم الحرقفى المحاذى لذلك اذا كان المراد من فعل العملية الانسداد الخلقى اوالمرضى للمستقيم فيشق العضلات كلها بشق واحد فى اتجاه واحد لكن بلطف شيأ فشيأ حتى يدخل فى العمق ويربط كلما فتح من العروق حالا وينظف الجرح اولا فاولا بالاسفنج ليعرف ما يقطعه من تلك الاجزاء فاذا انكشف البريتون كان المناسب ان يفعل فيه بالمشرط فتحة صغيرة يدخل فيها مجسا قنويا يهدى عليه المشرط الذى يوسع به الشق ثم يفتش على المعا الذى يريد ان يفتحه ويجذبه الى الخارج بالاصبع ويحفظ مجاورته للجرح بواسطة خيط يمر فى الماسار يقا المنسوب له ويثبت طرفا هذا الخيط فى الجلد القريب له بواسطة عصابة لزجة ويمكن بعد بعض ساعات ان يشق المعا متى مضى زمن يبتدأ فيه التصاق المعا بالجرح فاذا فتح وانطلق سير المواد الثفلية المتراكمة فيه يوضع عليه تفتيك رخو ورفائد ورباط بدن مشدود يسيرا ليسمح للسائلات بدوام السيلان بعد العملية وخروجها الى الخارج فهذا هو الجهاز الذى يعالج به الجرح

وذكر كالزان انه يوصل لقولون النازل بشق يفعل من الخلف فى القسم القطنى بين الشوكة الحرقفية وحافة الضلع الاخير موازيا للحافة الوحشية من العضلة المربعة القطنية او يقال كما قال بليار عنه موازيا للحافة العليا لهذه العضلة وظن انه بهذه الكيفية يصل الى المعا الغليظ اعنى قولون بين صفيحتى الماساريقا المنسوبة له بدون ان يجرح البريتون لكون المعا فى ذلك المحل كانه خارج عن تجويف البريتون فلا يخشى خطر انصباب المواد الثفلية فى البطن فعلى رأيه يلزم ان يكون الشرح الموضوع فى هذا المحل اقل اتعابا وثقلا مما اذا كان

فى

فى القسم المقدم من الجذع ولكن هذه المنفعة الاخيرة لا وجه لها ولا سيما فى الاطفال مع ان موضع قولون مختلف وثنيته البريتونية قليلة السمك بحيث لايتأتى النفوذ بين ورقتيها بتأكيد بدون فتح تجويف البطن مع ان هذا الجراح بتجربة عمليته على جثث الموتى لم يمكنه الحذر من ذلك فلذلك بقيت تلك العملية بدون عمل ومثلها غيرها مما اشاروا به ويطول بنا الكلام اذا ذكرناه

ويكفى بعض ساعات فى الغالب لظهور الالتهاب الملصق ولكن يلزم جملة ايام لتمام الالتصاق وصلابته وفى اليوم التالى للعملية يصح ان يزال الخيط المار فى الماساريقا لصيرورته غير نافع حينئذ والضغط الدائم الخفيف الذى تفعله جدران البطن والاحشاء المحفوظة بها يميل اندفاع هذه الاحشاء والمواد التى تحتوى هى عليها الى الخارج لا فى تجويف البريتون والانقباضات التموجية المعوية تؤثر ايضا مثل هذا التأثير ومع ذلك فالاولى حفظ الشخص فى سكون تام ولا يؤمر له الا بالمشروبات الملطفة ويبعد عنه جميع ما يهيجا ويفرق حوافى الجرح عن بعضها واخطر الظاهرات وابعدها نجاحا للعملية عدم الالتصاق والتمزق قبل تمامه

واما التشريح الجراحى لهذا الشرح الغير الطبيعى ففيه كلام طويل يطول بنا الكلام لو ذكرناه فلنحله على الكتب المؤلفة فى ذلك

المبحث الثالث

فى احتقان القناة المعوية

قد شوهد فى حالة السلامة ان القناة المعوية فى المولودين تكون فى العادة محتقنة فيوجد فيها دائما منظر وردى وكثيرا ما يوجد فى طولها عروق متفرعة كثيرة وذلك ناشئ كما هو واضح من سهولة فيضان الدم فى العروق الغليظة المعوية وسيما الاوردة عندما يوجد مانع يعارض السير المطلق للدم فى الفروع المختلفة للشجرة الدورية اى المنسوبة لدورة الدم وذلك الاحتقان الذى هو كثيرا عتيادى غالبا فى العروق المعوية من الاطفال الصغيرة يوجد فيه شبه

عظيم للاحتقان الذى يشاهد فى الشيوخ لان الجهاز الدورى فى هؤلاء فقد قوة فاعليته الحيوية وانتظام وظائفه بسبب التنوعات والتغيرات العضوية العارضة فى الفاعلات الرئيسة للدورة ونظير ذلك فى الاطفال فان هذا الجهاز فيهم الى الآن لم يكتسب هذا الانتظام والسبب فيهم عكس ما فى الشيوخ وذلك ان التنوعات العضوية اللازمة لاتمام وظائف القلب والرئتين اتماما طبيعيا لم تحصل فى هؤلاء الاطفال الى الآن لانه يلزم لها تقدم السن ولكن مهما كان اختلاف هذا السبب نتايجه متماثلة فبالتأمل هنا كما فى غير تلك الاحوال فى تلك الاشياء المتقاربة التى تقوم من تسلسل اسباب ونتائج يقوم منها مجموع ظاهرات الحياة تتكشف لنا الحقائق الطبيعية فتساعدنا على معرفة النتايج من قبل فلنبحث كيف يمكن ان توجد هذه الاحتقانات المعوية بدون ان تضر وظائف القناة الهضمية وبدون ان تستدعى منا الانتباهات الصحية او العلاجية

فالاحتقانات الضعفية فى القناة الهضمية قد تظهر بثلاث كيفيات مختلفة اما احتقان تفرعى او احتقان شعرى او احمرار منتشر فى محل واحد او اكثر من القناة الهضمية مع تصعد دموى على سطحها او بدون ذلك ولا تخفى الصفة الضعفية لهذه الدرجات المختلفة من الاحتقان من كثرة فيضان الدم الوريدى فى الاوردة البطنية والكبد والقلب والرئتين فان هذا السائل فاض بهيئة طفحان فى الاوردة المعوية ومنها الفروعها الدقيقة جدا وهذه الحالة كثيرة الحصول فى المولودين وخصوصا الذين وقفوا مدة طويلة فى الممرات فولدوا بحالة قريبة للاسفكسيا اى الاختناق

والاحتقان التفرعى الذى يوجد فى القناة المعوية لمعظم المولودين لا يسبب انخراما فى الوظائف فلا يعلم وجوده حال الحياة وانما يعلم بفتح القناة الهضمية ويمكن ان لا يعرض ذلك الا وقت موت الطفل ويكون نتيجة بطئ سير الدم وقت النزع واما الاحتقان الشعرى والاحمرار الموضعى او العام الذى يوجد فى اجزاء مختلفة من القناة الهضمية فى الاطفال المولودين او الذين تقدموا يسيرا

فى السن

فى السن فيكونان نتيجة احتقان ضعفى يحصل منه غالبا جملة اعراض تؤخذ من تحليل بعض الحوادث الواقعية

قال بليار قد شاهدت مع غاية الانتباه خمسة وعشرين حالة من الاحتقان الضعفى فى القناة المعوية بدون نزيف فى اطفال ماتوا بعد الولادة ببعض ساعات اوببعض ايام ومنهم خمسة عشر وجدت فيهم جميع الصفات الظاهرة لحالة السكتة فى المولودين جديدا ولم اجد شيأ من الاعراض المنسوبة للجهاز الهضمى وانما شاهدت فقط الاعراض التى تنتج من حالة احتقان الرئتين والقلب بحيث ان الاحتقان المعوى الذى كان نتيجة احتقان الجهاز التنفسى لم يتحقق الا بفتح الجثة ولكن هذه المشاهدات وان انتفى فيها بحسب الظاهر مشاهدة هذا الاحتقان الا انها تستحق غاية الاعتبار لاننا نستنتج منها انه متى ولد طفل فى حالة سكتية لزم ان يشارك الجهاز الهضمى اعضاء الدورة فى هذا الاحتقان ويلزمنا ان نقاوم كلا منهما

واذا لم يحصل من الاحتقان الضعفى فى القناة الهضمية فى الايام الاول من الحياة اعراض قاطعة بسبب ان وظائف هذا الجهاز لم يتم حصولها الى الآن لم يكن الامر كذلك فيما بعد لان هذا الاحتقان الضعفى فى الامعاء يصير حينئذ سببا قريبا لعوارض كثيرة تابعية يلزم معرفتها ومنها ماسيذكر على الاثر

النزيف المعوى * من النتايج الكثيرة الحصول لهذا الاحتقان العام فى الامعاء الانزفة المعوية التى فى الحالة التى نحن بصددها تستحق ان تسمى بالانزفة الضعفية وتوضيح هذه الحالة المرضية يؤخذ من تفصيل بعض المشاهدات من هذا النوع

قال بليار قد اجتنيت خمس عشرة حالة من هذا النزيف الضعفى فثمانية اطفال منهم عمرهم من يوم الى ستة ايام واربعة من ستة الى ثمانية وثلاثة من عشرة الى ثمانية عشر يوما وستة من الخمسة عشر كانوا ذكورا وتسعة اناثا واحوال معظم هذه الاطفال عظيمة الاعتبار بسبب الحالة المرضية لاجسامهم

واحتقانهم العام وبعضهم كانوا ضعافا منتقعين الوجوه كالذين يشاهد فيهم ذلك
بعد نزيف غزير وجميعهم كانت اوعيتهم الغليظة البطنية والكبد والطحال
والرئتان والقلب محتقنة بالدم وتسعة منهم كانت القنوات البطنية فيهم مفسدة
او تقرب للانسداد وفى الباقى كانت منفتحة وجميعهم كان فى مخهم ونخاعهم
الفقرى احتقان شديد فى الاغشية المخية واللب المخى وجميعهم كانت قناتهم
المعوية محتوية على دم تختلف حمرته واسوداده متصاعد بانتشار فى بعض
تلافيف او متراكم على هيئة حبوب او خلط دموية جامدة فى اجزاء من
القناة الهضمية والصفات الرئيسة التى تتم وتميز هذه الانزفة تؤخذ من الاحوال
والمشاهدات التى نذكرها

فنها مشاهدة فيها موجيت ونزيف معوى وهى ان طفلا انثى عمره احد عشر
يوما دخل المارستان فى اليوم الثلاثين من جوين وكان الجسم متلونا والقوة
متوسطة ومعه اسهال كثير لمادة خضراء وقئ للمشروبات وانتقاع فى الوجه
احيانا والنبض سريع ضيق يضرب من ثنتين وتسعين الى خمس وتسعين وظهر
معه بعض نقط من الموجيت على حوافى اللسان (علاجه الشعير المصمغ وحمام
قدمى مخردل ولعوق صدرى) وفى اليوم الثالث من جوليت بقيت تلك
الاعراض وانما زاد عليها صيرورة التنفس عسرا جدا والنبض اقل سرعة وغير
منتظم وضربات القلب واسعة صلبة والصياح كان احيانا اختناقيا
وفى الرابع من الشهر انقذف من الشرج موادمد ممة وحافة الشرج صارت حمراء
منتفخة والبطن فيه بعض توتر والاطراف يابسة باردة وحركات التنفس شاقة
وصار معه هبوط عام وانتقاع فى الوجه وضعف واختناق فى الصياح بحيث
يكاد ان لا يسمع وصغر وبطئ زائد فى النبض (علاجه الماء المحلى بالسكر
والمروخات الجافة واللبن الممزوج) وفى الرابع كانت حالته كذلك ومات فى الخامس
ولما فتحت الجثة وجدت طبقة خفيفة من الموجيت على اللسان واحتقان قليل
الوضوح فى المرئ واحتقان عام وشعرى فى جميع القناة المعوية ووجد المعا
الدقيق مغشى فى جميع طوله بطبقة من دم عقيق فى ابتداء اللفائفى ثم يأخذ

فى القناة تدريجيا حتى يصير كدردى النبيذ فى القسم الخلفى من الاعورى ووجد المستقيم والقولون محتقنين جدا ويحتويان على مقدار عظيم من دم اسود متجمد وكان السطح المعوى ملونا بهذا الدم والنقع فى الماء مدة يوم ذهب منه تدريجا هذا اللون الاحمر المسود وزال معظم احتقان الاوعية ووجد الاجوفان والاوردة الكبدية والرئوية مملوءة بدم اسود سائل والرئتان محتقنتين جدا من حافتهما الخلفية ويفرقعان قليلا من حافتهما المقدمة والقلب ممتلئا بالدم والفوهات الجنينية منسدة نصف انسداد والمخ كثير اللين والاحتقان فهذا الطفل لاشك انه مات بالنزيف المعوى الذى كثر جدا ببطئ وحصلت منه العوارض التى لم تزل اخذة فى الزيادة حتى وصلته للموت فلو استطالت مدة النزيف وكان الدم بدل ان يسيل كما خرج بقى فى القناة المعوية زمنا يختلف طوله اكتسب لونا مسودا وكان يوجد فى الاستفراغات الثفلية مشابهة عظيمة بالقئ المسود الذى يحصل احيانا للمولودين كما ذكرنا ذلك سابقا

ومنها مشاهدة طفل انثى عمره ثمانية عشر يوما دخل المارستان فى اليوم التاسع من مرضه وكان صغير البنية نحيفا فى ابتداء هزال وبطنه متوتر وفى حوافى لسانه بعض احمرار وثفله مخضر (فعولج بضماد على البطن وباللبن الممزوج) ومن التاسع الى الثالث عشر عرض له حسن حال وفى الثالث عشر ظهر الموجيت بشدة جديدة بعد زواله وامتد على معظم اللسان وفى الثامن عشر خرج فى مواد الثفل مواد مسودة كثيرة جدا وصار الطفل فى غاية الضعف ونبضه بطئ صغير جدا وصياحه يكاد ان لا يسمع ومات فى التاسع عشر وعند فتح جثته شوهد انتقاع عام من الظاهر وطبقة من الموجيت على اللسان ومواد غروية مسودة فى المعدة حيث يوجد فيها ايضا عدد كثير من اجربة مخاطية غير ملتهبة ووجد الغشاء المخاطى المعوى للمعا الدقيق عديم اللون العام وعلى سطحه مادة مخاطية ملتصقة مخططة بخطوط من دم ومقدار عظيم من مواد مسمرة مشابهة للمواد التى تخرج من الطفل والمعا الغليظ كانت حالته

كذلك والكبد فيه احتقان قليل والاوعية الغليظة البطنية متمددة بدم اسود سائل والرئتان مسترخيتان وقرقعتهما قليلة والقلب خال وفى حالة استرخاء زائد والقحفات الجنينية منسدة والمخ سليم ولا حاجة لان نذكر امثلة غير ذلك لهذا النزيف الضعفى الذى يهلك كثيرا من الاطفال

واول ما يذكر فى علاج هذه الانزفة الضعفية هو ان يقاوم احتقان الجهاز الدورى مع احتقان القناة المعوية ويسهل الوصول لذلك بوضع علقة او ثنتين على الشرج ومن الجيد ان يستعمل الطفل مشروبا باردا محمضا قليلا بشراب السفرجل او ببعض نقط من الحمض التربك او ماء رايل ولا نبالغ فى ان نوصى القوابل الذين ولد على ايديهم اطفال صاروا بطول مدة الولادة فى حالة قريبة للوقوع فى الاسفكسيا اى الاختناق ان يتركوا بعض كمية من الدم تسيل من الحبل السرى قبل ربطه اذ لا تخفى الاخطار والعوارض التى تعرض للاطفال من زيادة وفور الدم فيهم وكما تكون الاحتقانات والانزفة المعوية مهلكة بنفسها كذلك يزيد خطرها بما يصحبها من تعويق او انقطاع لوظائف اعضاء الدورة التى هى عظيمة الاهتمام

ثم ان هذه المشاهدات التى ذكرها بليار والتأملات المصاحبة لها ربما ظن منها ان النزيف المعوى فى المولودين جديدا قتال او يقرب لان يكون قتالا لكن هنالك حوادث واقعية للاطباء ظهرت عن قريب تنوع هذا الرأى فان فى بعضها كان مع الطفل قىء وتبرز دموى ثم فى اليوم الرابع عشر لم يبق اثر لهذا النزيف المعوى فى المواد الثفلية والاصفرار الذى كان الطفل ساقطا فيه من فقد الدم ذهب تدريجا من تأثير الاغذية التى زيد فيها شيأ فشيأ وفى حالة اخرى كان فيها النزيف معويا فقط وحصل الشفاء فى اليوم التاسع وان بقى مع الطفل حالة سوء البنية حتى مات باستسقاء مخى فى الشهر السابع وام هذا الطفل ولدت آخر حصل له ايضا بعد بعض ايام من ولادته نزيف معوى متكرر لم يعلم سببه وفى اليوم الخامس انقطع الثفل الدموى منه ودخل فى النقاهة حتى شفى بالكلية

المقالة الثانية

فى امراض القناة المعوية التى تظهر بعد الولادة

قد ذكرنا فرقا بين امراض المعدة التى تقوم من تكدر فى وظائفها بدون التهاب والتى تقوم من الالتهاب مع تكدر فى الوظائف او بدونه ونفعل مثل ذلك بالنظر لامراض القناة المعوية فنبتدأ بدراسة الاسباب والطبيعة للاسهال الغير المصاحب لالتهاب معوى كما فعلنا فى القىء وسوء الهضم المعدى بدون التهاب معدى ففى هذه المقالة جملة مباحث

المبحث الاول

فى سوء الهضم المعوى

قد يرى كثيرا من الاطفال الرضع اسهال بدون التهاب معوى فينتقعون ويذبلون ويسقطون فى النحول بدون ان يوجد فى جثثهم بعد الموت اثر لالتهاب الامعاء وهؤلاء الاطفال يموتون يقينا من عدم التغذية ولك ان تقول من الجوع فلا تهضم معدتهم ولا امعاؤهم اللبن الذى يرتضعونه او يسقونه ولنبحث اولا عن العلامات الظاهرة لهذا الداء اعنى سوء الهضم المعوى ثم نبحث عن سببه

فهذه العلامات هى النحول التدريجى وانتقاع الوجه والجوع الدائم للطفل بحيث يمسك الحلمة التى تعطى له بشراهة غريبة والاسهال الذى تكون مواده فى العادة مخاطية بيضاء واحيانا سائلة بحيث تبل فراشه وتلوثه كالسائل الذى يسيل من المهبل فى الليقوريا وتختلط تلك المواد المخاطية فى الغالب بقطع متجمدة من اللبن الذى مر فى القناة المعوية بدون ان يتغير ثم بعد زمن ما يموت الطفل لكن بعد ان يصل الى آخر درجة من النحول فاذا فتحت القناة المعوية وجد الغشاء المخاطى عديم اللون فى جميع سعته بل قد يوجد لينا لكن يكون حينئذ كابد تغيرا فى المنسوج سنذكر طبيعته فى محل آخر واحيانا توجد القناة المعوية ملتهبة او متقرحة او فاسدة فى سعة منها غير ان اللين الابيض هو الآفة التى توجد غالبا فى الاطفال الذين ماتوا بالداء الذى نحن

بصدده قال المؤلف قد شاهدت فى سنة ١٨٢٦ خمس عشرة حالة من الاسهال المزمن بدون التهاب فى اطفال كان سنهم الى موتهم من خمسة عشر يوما الى شهرين ففى ثمانية منهم لم اجد اثر آفة قط وانما كان فقد عام للون الجلد والقناة المعوية وجميع الاعضاء كانت خالية من الدم وهؤلاء الاطفال لم ينقطع عنهم مدة حياتهم القىء وبطون معظمهم بل كلهم كانت منتفخة ووجد فى قناتهم المعوية غاز كثير ومواد سائلة بيضاء رغوية وفى اثنين منهم كان قولون محتويا على ندف مخضرة شبيهة فى اللون والقوام بالعقى وفى الخمسة الباقية وجدت آفات مختلفة فى الرئتين او المخ واما القناة المعوية والحالة العامة للاطفال فكان فيها الصفات التى ذكرناها .

وفقد لون الغشاء المخاطى هو فى معظم الاحوال الدرجة الاولى لهذا اللين الذى لا ينبغى اشتباهه باللين الذى يحدثه الالتهاب وسنتكلم عليه فيما يأتى ولننبه ايضا على ان القناة المعوية قد لا يعدم اللون من جميع سعتها احيانا وانما يوجد فيها مسافة فمسافة خطوط اوصفحات محمرة هى الآثار الاخيرة للتلون الاعتيادى او الاحتقان الكثير الحصول فى القناة المعوية للمولودين وسنرجع لذلك فى الكلام على اللين قال المؤلف وذلك التغير فى المنسوج هو على رأيى ايضا من نتايج عدم التغذية او الارضاع المعيب للمولودين لان العوارض التى تنتج من تعب هذه الوظائف الهضمية لا تكون مقصورة دائما على مجرد حالة النحول والهزال التى ذكرناها فقد تعرض ايضا آفات اخر سنتكلم عنها فى محلها وانما نكتفى هنا الآن بذكر الاحوال التى تحول اليها وظائف القناة المعوية بدون آفة التهابية اوغيرها

والغالب على الظن ان سبب عدم التغذية ناشئ من طبيعة الاغذية او نقول من كيفية الارضاع المعرض له الطفل وذلك لان الاطفال المقيمين ببيت اللقطاء بباريس المسلمين للمراضع المقيمات هناك منقعة الوانهم نحاف ضعاف ويموت كثير منهم فى هذا المحل بسبب عدم التغذية ومعظم الاعراض التى توجد فيهم الى وقت الموت ناتجة من تكدر واضح يعرض لهم فى الوظائف الهضمية اما الكون

الاعضاء

الاعضاء القائمة بهذه الوظيفة صارت ملتهبة واما وصولهم الى درجة الذبول وعدم التلون والنحول الذى ذكرناه فعلى مقتضى هذه الاصول القريبة للعقل يكون هذا الفساد ناشئا من رضاع هؤلاء الاطفال من نساء ولدن من زمن طويل ويغيرن الرضيع فى كل اسبوع مثلا فيعطين اثدائهن لاول طفل يحضر لهن بدون فرق ولا ينتبهن لتنظيم ساعات الارضاع ولا لمقدار اللبن المناسب للاطفال بحيث يكونون دائما فى جوع لقلة الغذاء الخالص الذى يقبلونه وعظم المقدار الزائد من السائل الذى كثرته وصفته الرديئة يصيران ضرره مزدوجا

ثم ان هذا محل الابحاث العظيمة الاهتمام التى اعرضها الماهر الكيماوى ريان فى تغذية المولودين وسطرت فى الوقايع الكيماوية الطبية وعبارته كثيرا ما يحصل مدة الارضاع تكدرات فى مجموع الوظائف الهضمية يسبقها او يصحبها او يعقبها تغير قهرى فى التدبير الغذائى فهناك تشوشات تتعلق باختلاف صفات اللبن وقد يحصل مثل ذلك من افراط التغذية بحيث يظهر ان اللبن المناسب لطفل غذى منه زمنا ما قد يكون متلفا لآخر مساوله فى السن ولا يحصل نجاح من ابدال لبن المرأة بلبن معزاة وذلك هو ما اثبته ريان بمقابلته الصفات الطبيعية والتركيبية بجملة البان اثرت بكيفيات مختلفة فى طفل واحد او بكيفية واحدة فى اطفال مختلفة

(التجربة الاولى) لبن معزاة كانت سائبة فى المراح مدة يوم وتغذت فى الزريبة بغذاء جاف فكان لبنها ابيض معتما ليس له رائحة مخصوصة واضحة وكثافته فى مقياس بوميه تساوى ثلاث درج وثلاثة ارباع درجة وتكتب هكذا ٣,٧٥ ولم يغير صبغة عباد الشمس وقت حلبه فاخذ منه خمسون جراما وعولجت بالمعالجات الكيماوية التى يطول بنا شرحها لو ذكرناها هنا فكان ما خرج منها هو ما سيذكر

ماء وبعض آثار من الحمض الخلي	٤٢٫٧٥
مادة دسمة وهي الزبد	٢٫٠٤
جبن وآثار املاح غير قابلة للذوبان	٢٫٢٦
سكر واملاح قابلة للذوبان وبعض آثار من مواد ازوتية	٢٫٩٣
جميع ذلك	٤٩٫٩٨

وذلك يساوي تقريبا ١٤٫٥ من مادة جافة في كل مائة من اللبن المستعمل

(التجربة الثانية) لبن امرأة ولدت منذ سبعة اشهر وكانت جيدة الصحة قوية البنية ترضع من ثدي واحد فعرضت كاللواتي بعدها لتدبير غذائي من انسب مايكون للمرضعات على حسب رأي الاطباء

(الخواص الطبيعية للبن) ابيض معتم كثافته ٣٫٥ من مقياس بوميه ولما عولج بالصبغة ظهر انه كثير القلوية وقاومت تلك القلوية جميع مدة التصعيد والتبخير (خواصه الكيماوية) اخذ من هذا اللبن خمسون جراما فحصل منها بالوزن المقادير الآتية

ماء	٤٣٫٠٠
مادة دسمة	٢٫٥٨
جبن وآثار املاح لا تذوب	٠٫٠٩
سكر واملاح تذوب وآثار مادة ازوتية	٣٫٨١
جميع ذلك	٤٩٫٤٨

وذلك يساوي تقريبا ١٣ من الجواهر الجافة في كل مائة من اللبن المستعمل

(التجربة الثالثة) لبن امرأة جيدة الصحة قوية ولدت منذ ثمانية عشر شهرا

(الصفات الطبيعية للبن) ابيض معتم وكثافته في مقياس بوميه ٣٫٦ وكان قلويا (الصفات الكيماوية) اخذ منه خمسون جراما فوجدت مركبة من

ماء

ماء	٤٢٫٨٠
مادة دسمة	٢٫٦٠
جبن وغيره	٠٫١٢٥
سكر واملاح تذوب وغير ذلك	٣٫٩٦٥
جميع ذلك	٤٩٫٤٩٠

وذلك يساوى ١٣٫٤ من المواد الجافة لمائة جزء من اللبن

(التجربة الرابعة) لبن امرأة جيدة الصحة ضخمة جسيمة اكثر من السابقات وكانت ولدت منذ اربعة اشهر والثقل الخاص لهذا اللبن بمقياس بومية ٣٫٥٥ وصفاته كالتى فى التجربة السابقة وخرج من خمسين جراما منه مستنتجات شبيهة فى المقدار بما فيها وهى

ماء	٤٢٫٩٠
مادة دسمة	٢٫٥٩
جبن وغيره	٠٫١٢
سكر وملح وغيره	٣٫٩٣
جميع ذلك	٤٩٫٥٤

وذلك يساوى ١٣٫٨ من الجوهر الجاف لمائة من اللبن المستعمل وفعلت ايضا تجربيات فى البان اخذت من الشهر الرابع الى العشرين فكانت نتائجها كنتائج التجربة الثالثة والرابعة فقد شوهد من ذلك ان لبن المرأة يختلف عن لبن المعزاة خصوصا بالقلوية الواضحة ويكون مقدار الجبن اقل بالنصف تقريبا قال ريان فالظاهر لنا انه بالصفة الاولى يصير اسهل هضما وبالصفة الثانية يصير اقل تغذية واما البان النساء فى الاحوال السابقة فلا تختلف فى التركيب الا يسيرا ولبن التجربة الثانية يحتوى على مقدار من الجبن اقل من لبن غيرها ومع ذلك كان هذا اللبن يخرج حسب العادة فى كل مرة من الثدى بمقدار اعظم من غيره بعشر مرات ونصف فى الزمن الواحد والاطفال الرضع لكل من النساء المذكورات اللواتى ابتدأن فى تغذيتهم من

ظهور البيان من كانوا اقويا في صحة جيدة

وهذه الاصول عظيمة الاهتمام ويزيد الاهتمام بها اذا روعيت في اختيار التدبير الغذائي للاطفال الرضع وقد اطال ريان هذا الكلام في رسالته والمقام يضيق عن استيفائها ولنكتف من تحليل اعماله بما ذكرناه وانما نقتصر على ذكر كلمات ذكرها في آخر الرسالة ونصها طفل عمره سبعة اشهر ونصف مرت بانتظام وان كان من الواضح ضعفه وتألمه من ضعف تغذيته في الاشهر الاول من الرضاعة بسبب النقص الذي كان يعرض للبن كثير من المرضعات اللواتي ارضعنه على التعاقب فبعد ان قهر على ترك المرضعة الاخيرة غذى مدة عشرة ايام بحملة صناعية وكانت مواد الغذاء هي المغلى الخفيف للشعير المقشر مخلوطا ذلك المغلى بعشر حجمه من لبن المعز ويتعاطاه في اربع مرات بالنهار ومرتين بالليل وكان جملة ما يستعمل في الاربعة والعشرين ساعة اقل من المن بيسير (المن رطلان) فكان ما فيه تقريبا

من الجوهر الجاف من اللبن	١٤	جرام
ومن الخلاصة الجافة للشعير المقشر	١٦	
جميع ذلك	٣٠	

وفي هذا الزمن الذي كانت فيه صحة الطفل جيدة فتش له على مرضعة احسن من المرضعات السابقات فاختير له باشارة طبيب ماهر مرضعة لبنها بحسب الظاهر جيد الصفة وهي المرأة التي كانت موضوع التجربة الثانية فارتضع الطفل من هذا اللبن الذي كان كثيرا ومع ذلك ظهر كأنه في المرة الثالثة حصل له بعد ان ترك الثدي خدر وبقي فمه مفتوحا ولم يتيسر ان ترجع له بشاشته الاعتيادية ثم في المساء حصل له انزعاج في النوم فاشار الطبيب بان لا يعطى له الثدي الا مدة ثلاث دقائق ثم ان العوارض تجددت له مع شدة آخذة دائما في الزيادة وحصل له القيء مرات كثيرة وحصل له عقب مرة منها غشي واغماء فبادرت بعمل التجربيات السابقة ووزن مقدار اللبن الذي اخذه الطفل في خمس مرات اوست مدة اربع وعشرين ساعة فعرفت ان الزيادة احد عشر

ديسى ليتر (والديسى ليتر عشر الليتر والليتر هو المن) فعينت مقدار الجوهر الجاف المحتوى عليه فرأيت ان هذا القدر يوجد فيه ١٦٠ جراما اعنى اكثر بخمس مرات مما يحتوى عليه لبن المعزاة الممدود بماء الشعير المقشور مع ان خروج اللبن كان سهلا بحيث ان الطفل يستخرج فى كل مرة هذا المقدار فى اقل من دقيقتين فاخبرت الطبيب بهذه المشاهدات وبكثرة الدسامة التى وجدتها فى لبن هذه المرأة فمن ذلك حكم حالا بمنع الارضاع وامر من جديد باللبن الممزوج ففى بعض ايام زالت الاعراض المغمة وجاء النوم والاستبشار والانشراح وزادت التغذية تدريجا الى ثلث مقدار اللبن انتهى كلام ريان

قال بلمار وانما ذكرت هذا الامر الواقعى مع التفصيل الواضح لانه يفيدنا الاحتراسات التى تلزمنا لاجل ارضاع الاطفال فاذا كان الرضيع ضعيفا منتقع اللون ولم يهضم لبن مرضعته كان لا بأس احيانا بتجربة التغذية من الحلمات الصناعية وتنظيم مقدار اللبن الذى يعطى له وتصليح صفاته بان يمزج بماء الشعير او مقشره فقد شاهدنا فى بيت الملتقطين ان لبن المعز الممزوج بماء الشعير تهضمه جيدا الاطفال الذين يرفضون لبن مرضعاتهم ويهزلون من عدم التغذية

ثم ان الارضاع الامى وان ادعى بعض المؤلفين انه من جملة قوانين الطبيعة التى يلزم المبادرة لاطاعتها الا ان ذلك لا ينبغى جعله من القوانين الكلية لان هنالك احوالا مستثناة نضطر فيها الان نأمر الامهات بان يتركن ما وجب عليهن من ذلك اى ارضاع اولادهن ثم لابد ان نراعى ايضا ان الحالة الاجتماعية للناس قد تحوج لترك اللوازم الطبيعية بحيث يكون من الشذوذ فى بعض الاحوال قهر الام على ان ترضع بلبنها طفلا ضعيفا وبمثل ذلك يقال فيما اشتهر من ان من القوانين الاعتيادية ان الطفل انما يعيش بلبن امرأة مدة الاشهر الاول من حياته فلذلك نكرر ونقول لا يمكن ان نجعل من القوانين الكلية الثابتة ان الارضاع الامى هو المناسب الوحيد للاطفال الضعاف وانما يلزم ان نبحث عن احسن كيفيات التغذية المناسبة للجهاز الهضمى فى كل طفل

ولذلك سنأمر من جديد فى الحالة التى نحن بصددها باصناف مختلفة من الاغذية ذكرناها سابقا فى سوء الهضم المعدى

المبحث الثانى

فى تغمد الامعاء اى تداخلها فى بعضها

التغمد اى تداخل عروة معوية فى جزء آخر من المعا يحصل كثيرا للاطفال الرضع قال المؤلف وربما حصل بدون ان تعرف له علامة تدل عليه لانى كثيرا ما رأيته فى جثث الاطفال مع انه فى حياتهم لم يكن معهم امساك ولم تظهر فيهم آلام بطنية ومع ذلك كثيرا ما يعرض من هذا التداخل المعوى خصوصا اذا التهب الغشاء المخاطى لهذا الجزء المتداخل امساك عسر وتوتر عظيم فى البطن وآلام شديدة بل والموت فحينئذ يصح ان يعتبر هذا العارض من العوارض الثقيلة للطفولية الاولى فالامساك الشديد والانتفاخ التدريجى للبطن وتقايى المشروبات ثم المواد المعوية الثفلية وبالاختصار مجموع العوارض التى ذكرناها عند الكلام على انسداد المستقيم توجد فى التغمد اى التداخل المعوى المضاعف بانقطاع تام لسير المواد المحوية فى القناة الهضمية ثم ان هذا التغمد يكون فى الصائم واللفائفى اكثر من بقية اجزاء المعا ويحصل تارة من اسفل الى اعلى وتارة من اعلى الى اسفل بدون فرق اعنى تارة ينقبض الجزء العلوى ويصغر وينزل فى الجزء السفلى تحته الذى صار فى حالة استرخاء واتساع وتارة يكون الجزء العلوى هو القلنسوة للسفلى فيقبله فى تجويفه والاكثر وجود النوع الاول وكأنه ينتج بالطبيعة من الانقباضات التموجية الاعتيادية للمعا غير انها شديدة جدا ولا يندر ان يشاهد جملة من كل من النوعين فى شخص واحد ولا يندر ايضا ان يشاهد جزء من المعا متسع متمدد يقبل من الاعلى الجزء من القناة الذى من اعلاه ومن الاسفل الجزء الذى من اسفله بحيث يوجد هذان النوعان من التغمد منضمين فى محل واحد

وفى التغمد الحقيقى توجد فى القناة المعوية هيئات جديدة مهم دراستها فاولا ان الغشاء المخاطى من الجزء المتسع اى الحاوى لغيره يلامس نفسه من القاعدة

اى

اى الثنية الخارجة من التغمد الى الطرف اى الجزء العميق من الجزء المحوى والطبقة المصلية من المعا الكائنة بين الجزء الداخل والجزء الحاوى تلامس ايضا نفسها من الفتحة الخارجة للثنية الى عمقها اعنى الى المحل الذى ينثنى فيه الجزء الباطن ليتصل بالجزء الخارج فينتج من ذلك ان التغمد يكون قد رسمك الجدران المعوية بثلاث مرات اعنى الجزء المركزى اى الداخل والجزء الخارج اى الحاوى وجزء متوسط بينهما متصل بكل منهما فاذا فتح بالمشرط الجزء الخارج وجد فى تجويفه شبه حوية اوحلمة اوزائدة مخروطية مختلفة الطول خالصة من جميع الجهات يوجد فى سطحها غضون الصمامات الضامة ومفتوحة من طرفها تمر منها المواد المعوية وهى شبيهة شبها تاما بالورم المتكون من المعا الخارج من الشرج الغير الطبيعى

ثم اذا كان التغمد جديدا او البريتون سليما كان ذلك التغمد قابلا للانحلال والانبساط والزوال بالكلية اما اذا طالت مدته وسيما اذا تهيج البريتون الداخل فى تركيبه والتهب فلا يمكن تحلله فالغشاء المصلى المحصور فى الثنية يغطى بتصعد ملصوق يزيد فى متانة التصاقه بسرعة فالهيئة الغير الاعتيادية التى كانت برهية تصير دائمة فبالنظر لنتائجه ينبغى ان يميز التغمد من اعلى الى اسفل عن الذى من اسفل الى اعلى فاذا كان الطرف العلوى من المعا داخلا فى الجزء السفلى حتى ولو تيبس التغمد وصار غير قابل للزوال لم ينتج من ذلك الا تعوق يسير فى سير المواد المعوية اولم ينتج شئ اصلا فسيرها من الاعلى الى الاسفل على حسب سيرها الاعتيادي تقابل يقينا فى محل التغمد محلا اضيق من باقى القناة غير ان هذا المحل قابل للتمدد والاتساع ومع ذلك يتركها تمر منه فاذا وصلت الى الطرف الباطن للثنية سقطت فى جزء اكثر اتساعا فتنفذ منه وتدوم على سيرها فيمكن ان يبقى هذا النوع من التغمد بدون خطر عظيم والاجزاء الملتصقة المتكون منها تختلط ببعضها شيأ فشيأ وتتسع بحيث يكاد ان لا يدرك التغمد بعد ذلك

اما اذا كان الجزء العلوى المتمدد من المعا هو القلنسوة المغطية اى الحاوى للجزء

السفلى فان الامر يكون بالعكس فالمواد المعوية فى هذه الحالة تتجه من اسفل الى اعلى آتية من المعدة الى الجزء المريض فتقف فى قاعدة الحلمة اى المخروط البارز المكون من الجزء الداخل او المتغمد ويوجد فى قمة ذلك المخروط الخالص من جميع جهته فتحة لا تدخل فيها المواد بسهولة فينتج من ذلك انها تتراكم حول قاعدته وتثقل عليه وتدفعه وتضغط عليه فاذا كان التغمد خالصا اى غير ملتصق او قليل المتانة والالتصاق جاز ان تقهره هذه الحركات العنيفة وتحلله فان كان الامر بالعكس ظهرت تدريجا اعراض الاختناق المعوى اى انقطاع سير المواد الثفلية ويخشى على حياة الشخص ومع ذلك شوهدت احوال من هذه الهيئة الثقيلة تخلص منها المريض كعروض غنغريشا فى الجزء الباطن للتغمد الذى استندت عليه كتلة المواد المتراكمة فى الطرف العلوى وحصل التصاق فى القاعدة الخارجة لثنية التغمد به حصل اتصال القناة واما الجزء الباطن اى المتموج المنفصل من جميع دائرته فانجذب نحو الشرج واندفع مع الثفل وقد شوهد حصول تلك الحالة العظيمة الاهتمام فى جزء من المعا طوله عشر ميتر وعرفت جيدا تلك الاجزاء بالتشريح

وعلاج هـذا التغمد يكاد ان يكون خارجا عن طاقة الصناعة لانه مادام استفراغ المواد الثفلية حاصلا لم يمكن معرفة الداء اما اذا حصلت عوارض الاختناق وانقطاع سير المواد الثفلية فان الداء يكون مظنونا فقط مهما كانت شدة تلك الاعراض ومع ذلك ينبغى فى الاطفال ان يجتهد فى ارجاع وظائف هذه القناة لعادتها بالاستحمامات وبالاقتصاد فى الرضاع وبعض حقن ملينة اى مسهلة باطف وبضغط خفيف على البطن وبالامر ببعض ملاعق صغيرة من زيت الزيتون

والانقطاع التام لسير المواد المعوية كالعوارض التى تنتج منها قد تحصل من اسباب اخر سنبحث فيها على الاثر فنقول ان قيل هل القناة المعوية للاطفال الصغار قابلة لان تصير فى احوال كثيرة محلا للآلام عصبية كالمغص والقولنج وربا رحم وغير ذلك نقول ان الآلام الشديدة التى محلها فى بطن الاطفال

المولودين واللمس يقويها وتحقق باضطرابهم وصياحهم الشاق هى دائما عصبية فان قيل ايضا هل لا تحصل ايضا من التهاب بعض الاعضاء البطنية قال بليار اظن ان القولنج الشديد المعرضة له الاطفال المولودون قد ينشأ من آفات تشريحية تشاهد بالبصر فى الجثة كما ينشأ ايضا من مجرد زيادة مرضية فى الحساسية وذلك هو ما ثبت بالبحث والتفتيش

وعلى كل حال اذا نودى الطبيب لعلاج مولود معه الام شديدة يقرب للعقل ان مجلسها فى البطن وكانت تلك الالام مصحوبة بامساك وقىء بل وتشنجات وكانت عظيمة الاعتبار بهبوطها ثم شدتها على التعاقب ولم تكن مسبوقة بعرض من الاعراض التى نذكرها فيما بعد للالتهاب المعوى كان ذلك حاملا له على ظن وجود بعض آلام عصبية فى القناة الهضمية فتعالج تلك العوارض بان يؤمر مع الاحتراس بالمشروبات المضادة للتشنج كملعقة صغيرة من شراب الاتير ممدود ابثلثيه من الماء وكنصف درهم من شراب دياقورداى شراب الخشخاش مخلوطا بقليل من ماء سكرى اولبن لكن لا يلتجأ لهذه الوسائط الامع غاية الاحتراس ولا تنس ان الاوجاع العصبية فى القناة الهضمية للاطفال اندر من التهاباتها

المبحث الثالث
فى التهاب القناة المعوية

الغشاء المخاطى المعوى يمكن ان يكون كغشاء المعدة مجلسا لاصناف مختلفة من الالتهابات فيلزم ان نذكر باختصار على التعاقب الالتهاب المعوى الارتيماوى والجرابى والغنغرينى واما الالتهاب المعوى المصاحب لتغير فى الافراز المسمى ذلك بموجيت الامعاء فنادر جدا ولكن تجوز مشاهدته وسنذكر مثالا منه

ولنبتدأ بذكر كليات فى الالتهاب المعوى الذى يظهر قبل الولادة ثم نبحث عن الذى يعرض للاطفال بعد ذلك فليكن فى هذا المبحث مطلبان

المطلب الاول
فى الالتهاب المعوى مدة الحياة داخل الرحم

كذلك والكبد فيه احتقان قليل والاوعية الغليظة البطنية ممتددة بدم اسود سائل والرئتان مسترخيتان وقرقعتهما قليلة والقلب خال وفي حالة استرخاء زائد والفتحات الجنينية منسدة والمخ سليم ولا حاجة لان نذكر امثلة غير ذلك لهذا النزيف الضعفي الذي يهلك كثيرا من الاطفال

واول ما يذكر في علاج هذه الانزفة الضعفية هو ان يقاوم احتقان الجهاز الدوري مع احتقان القناة المعوية ويسهل الوصول لذلك بوضع علقة او ثنتين على الشرج ومن الجيد ان يستعمل الطفل مشروبا باردا محمضا قليلا بشراب السفرجل او ببعض نقط من الحمض التتريك او ماء رايبل ولا نبالغ في ان نوصى القوابل الذين ولد على ايديهم اطفال صاروا بطول مدة الولادة في حالة قريبة للوقوع في الاسفكسيا اى الاختناق ان يتركوا بعض كمية من الدم تسيل من الحبل السرى قبل ربطه اذ لا تخفى الاخطار والعوارض التى تعرض للاطفال من زيادة وفور الدم فيهم وكما تكون الاحتقانات والانزفة المعوية مهلكة بنفسها كذلك يزيد خطرها بما يصحبها من تعويق او انقطاع لوظائف اعضاء الدورة التى هى عظيمة الاهتمام

ثم ان هذه المشاهدات التى ذكرها بليار والتأملات المصاحبة لها ربما ظن منها ان النزيف المعوى فى المولودين جديدا قتال او يقرب لان يكون قتالا لكن هناك حوادث واقعية للاطباء ظهرت عن قريب تنوع هذا الرأى فان فى بعضها كان مع الطفل قئ وتبرز دموى ثم فى اليوم الرابع عشر لم يبق اثر لهذا النزيف المعوى فى المواد الثفلية والاصفرار الذى كان الطفل ساقطا فيه من فقد الدم ذهب تدريجا من تأثير الاغذية التى زيد فيها شيأ فشيأ وفى حالة اخرى كان فيها النزيف معويا فقط وحصل الشفاء فى اليوم التاسع وان بقى مع الطفل حالة سوء البنية حتى مات باستسقاء مخى فى الشهر السابع وام هذا الطفل ولدت آخر حصل له ايضا بعد بعض ايام من ولادته نزيف معوى متكرر لم يعلم سببه وفى اليوم الخامس انقطع الثفل الدموى منه ودخل فى النقاهة حتى شفى بالكلية

المقالة الثانية

فى امراض القناة المعوية التى تظهر بعد الولادة

قد ذكرنا فرقا بين امراض المعدة التى تقوم من تكدر فى وظائفها بدون التهاب والتى تقوم من الالتهاب مع تكدر فى الوظائف او بدونه وتفعل مثل ذلك بالنظر لامراض القناة المعوية فنبتدأ بدراسة الاسباب والطبيعة للاسهال الغير المصاحب لالتهاب معوى كما فعلنا فى القىء وسوء الهضم المعدى بدون التهاب معدى ففى هذه المقالة جملة مباحث

المبحث الاول

فى سوء الهضم المعوى

قد يرى كثيرا من الاطفال الرضع اسهال بدون التهاب معوى فينتقعون ويذبلون ويسقطون فى النحول بدون ان يوجد فى جثثهم بعد الموت اثر لالتهاب الامعاء وهؤلاء الاطفال يموتون يقينا من عدم التغذية ولك ان تقول من الجوع فلا تهضم معدتهم ولا امعاؤهم اللبن الذى يرتضعونه او يسقونه ولنبحث اولا عن العلامات الظاهرة لهذا الداء اعنى سوء الهضم المعوى ثم نبحث عن سببه

فهذه العلامات هى النحول التدريجى وانتقاع الوجه والجوع الدائم للطفل بحيث يمسك الحلمة التى تعطى له بشراهة غريبة والاسهال الذى تكون مواده فى العادة مخاطية بيضاء واحيانا سائلة بحيث تبل فراشه وتلوثه كالسائل الذى يسيل من المهبل فى الليقوريا وتختلط تلك المواد المخاطية فى الغالب بقطع متجمدة من اللبن الذى مر فى القناة المعوية بدون ان يتغير ثم بعد زمن ما يموت الطفل لكن بعد ان يصل الى آخر درجة من النحول فاذا فتحت القناة المعوية وجد الغشاء المخاطى عديم اللون فى جميع سعته بل قد يوجد لينا لكن يكون حينئذ كابد تغيرا فى المنسوج سنذكر طبيعته فى محل آخر واحيانا توجد القناة المعوية ملتهبة او متقرحة او فاسدة فى سعة منها غير ان اللين الابيض هو الآفة التى توجد غالبا فى الاطفال الذين ماتوا بالداء الذى نحن

بصدده قال المؤلف قد شاهدت فى سنة ١٨٢٦ خمس عشرة حالة من الاسهال المزمن بدون التهاب فى اطفال كان سنهم الى موتهم من خمسة عشر يوما الى شهرين ففى ثمانية منهم لم اجد اثر آفة قط وانما كان فقد عام للون الجلد والقناة المعوية وجميع الاعضاء كانت خالية من الدم وهؤلاء الاطفال لم ينقطع عنهم مدة حياتهم القىء وبطون معظمهم بل كلهم كانت منتفخة ووجد فى قناتهم المعوية غاز كثير ومواد سائلة بيضاء رغوية وفى اثنين منهم كان قولون محتويا على ندف مخضرة شبيهة فى اللون والقوام بالعقى وفى الخمسة الباقية وجدت آفات مختلفة فى الرئتين او المخ واما القناة المعوية والحالة العامة للاطفال فكان فيهما الصفات التى ذكرناها .

وفقد لون الغشاء المخاطى هو فى معظم الاحوال الدرجة الاولى لهذا اللين الذى لا ينبغى اشتباهه باللين الذى يحدثه الالتهاب وسنتكلم عليه فيما يأتى ولننبه ايضا على ان القناة المعوية قد لا يعدم اللون من جميع سعتها احيانا وانما يوجد فيها مسافة فمسافة خطوط اوصفحات محمرة هى الآثار الاخيرة للتلون الاعتيادى او الاحتقان الكثير الحصول فى القناة المعوية للمولودين وسنرجع لذلك فى الكلام على اللين قال المؤلف وذلك التغير فى المنسوج هو على رأيى ايضا من نتايج عدم التغذية او الارضاع المعيب للمولودين لان العوارض التى تنتج من تعب هذه الوظائف الهضمية لا تكون مقصورة دائما على مجرد حالة النحول والهزال التى ذكرناها فقد تعرض ايضا آفات اخر سنتكلم عنها فى محلها وانما نكتفى هنا الآن بذكر الاحوال التى تحول اليها وظائف القناة المعوية بدون آفة التهابية اوغيرها

والغالب على الظن ان سبب عدم التغذية ناشئ من طبيعة الاغذية اونقول من كيفية الارضاع المعرض له الطفل وذلك لان الاطفال المقيمين ببيت اللقطاء بباريس المسلمين للمراضع المقيمات هناك ممتقعة الوانهم نحاف ضعاف ويموت كثير منهم فى هذا المحل بسبب عدم التغذية ومعظم الاعراض التى توجد فيهم الى وقت الموت ناتجة من تكدر واضح يعرض لهم فى الوظائف الهضمية اما لكون

الاعضاء القائمة بهذه الوظيفة صارت ملتهبة واما بوصولهم الى درجة الذبول وعدم التلون والنحول الذى ذكرناه فعلى مقتضى هذه الاصول القريبة للعقل يكون هذا الفساد ناشئا من رضاع هؤلاء الاطفال من نساء ولدن من زمن طويل ويغيرن الرضيع فى كل اسبوع مثلا فيعطين اثداءهن لاول طفل يحضر لهن بدون فرق ولا ينتبهن لتنظيم ساعات الارضاع ولا لمقدار اللبن المناسب للاطفال بحيث يكونون دائما فى جوع لقلة الغذاء الخالص الذى يقبلونه وعظم المقدار الزائد من السائل الذى كثرته وصفته الرديئة يصيران ضرره مزدوجا

ثم ان هذا محل الابحاث العظيمة الاهتمام التى اعرضها الماهر الكيماوى ريان فى تغذية المولودين وسطرت فى الوقائع الكيماوية الطبية وعبارته كثيرا ما يحصل مدة الارضاع تكدرات فى مجموع الوظائف الهضمية يسبقها او يصحبها او يعقبها تغير قهرى فى التدبير الغذائى فهنالك تشوشات تتعلق باختلاف صفات اللبن وقد يحصل مثل ذلك من افراط التغذية بحيث يظهر ان اللبن المناسب لطفل غذى منه زمنا ما قد يكون متلفا لآخر مساو له فى السن ولا يحصل نجاح من ابدال لبن المرأة بلبن معزاة وذلك هو ما اثبته ريان بمقابلته الصفات الطبيعية والتركيبية بجملة البان اثرت بكيفيات مختلفة فى طفل واحد او بكيفية واحدة فى اطفال مختلفة

(التجربة الاولى) لبن معزاة كانت سائبة فى المراح مدة يوم وتغذت فى الزريبة بغذاء جاف فكان لبنها ابيض معتما ليس له رائحة مخصوصة واضحة وكثافته فى مقياس بوميه تساوى ثلاث درج وثلاثة ارباع درجة وتكتب هكذا ٣٫٧٥ ولم يغير صبغة عباد الشمس وقت حلبه فاخذ منه خمسون جراما وعولجت بالمعالجات الكيماوية التى يطول بنا شرحها لو ذكرناها هنا فكان ما خرج منها هو ما سيذكر

ماء وبعض آثار من الحمض الخلى	٤٢٫٧٥
مادة دسمة وهى الزبد	٢٫٠٤
جبن وآثار املاح غير قابلة للذوبان	٢٫٢٦
سكر واملاح قابلة للذوبان وبعض آثار من مواد ازوتية	٢٫٩٣
جميع ذلك	٤٩٫٩٨

وذلك يساوى تقريبا ١٤٫٥ من مادة جافة فى كل مائة من اللبن المستعمل

(التجربة الثانية) لبن امرأة ولدت منذ سبعة اشهر وكانت جيدة الصحة قوية البنية ترضع من ثدى واحد فعرضت كاللواتى بعدها لتدبير غذائى من انسب مايكون للمرضعات على حسب رأى الاطباء

(الخواص الطبيعية للبن) ابيض معتم كثافته ٣٫٥ من مقياس بوميه ولما عولج بالصبغة ظهر انه كثير القلوية وقاومت تلك القلوية جميع مدة التصعيد والتبخير (خواصه الكيماوية) اخذ من هذا اللبن خمسون جراما فحصل منها بالوزن المقادير الآتية

ماء	٤٣٫٠٠
مادة دسمة	٢٫٥٨
جبن وآثار املاح لا تذوب	٠٫٠٩
سكر واملاح تذوب وآثار مادة ازوتية	٣٫٨١
جميع ذلك	٤٩٫٤٨

وذلك يساوى تقريبا ١٣ من الجواهر الجافة فى كل مائة من اللبن المستعمل

(التجربة الثالثة) لبن امرأة جيدة الصحة قوية ولدت منذ ثمانية عشر شهرا

(الصفات الطبيعية للبن) ابيض معتم وكثافته فى مقياس بوميه ٣٫٦ وكان قلويا (الصفات الكيماوية) اخذ منه خمسون جراما فوجدت مركبة من

ماء

ماء	٤٢٫٨٠
مادة دسمة	٢٫٦٠
جبن وغيره	٠٫١٢٥
سكر واملاح تذوب وغير ذلك	٣٫٩٦٥
جميع ذلك	٤٩٫٤٩٠

وذلك يساوى ١٣٫٤ من المواد الجافة لمائة جزء من اللبن

(التجربة الرابعة) لبن امرأة جيدة الصحة ضخمة جسيمة اكثر من السابقات وكانت ولدت منذ اربعة اشهر والثقل الخاص لهذا اللبن بمقياس بومية ٣٫٥٥ وصفاته كالتى فى التجربة السابقة وخرج من خمسين جراما منه مستنتجات شبيهة فى المقدار بمافيها وهى

ماء	٤٢٫٩٠
مادة دسمة	٢٫٥٩
جبن وغيره	٠٫١٢
سكر وملح وغيره	٣٫٩٣
جميع ذلك	٤٩٫٥٤

وذلك يساوى ١٣٫٨ من الجوهر الجاف لمائة من اللبن المستعمل وفعلت ايضا تجربيات فى البان اخذت من الشهر الرابع الى العشرين فكانت نتائجها كنتائج التجربة الثالثة والرابعة فقد شوهد من ذلك ان لبن المرأة يختلف عن لبن المعزاة خصوصا بالقلوية الواضحة وبكون مقدار الجبن اقل بالنصف تقريبا قال ريان فالظاهر لنا انه بالصفة الاولى يصير اسهل هضما وبالصفة الثانية يصير اقل تغذية واما البان النساء فى الاحوال السابقة فلا تختلف فى التركيب الا يسيرا ولبن التجربة الثانية يحتوى على مقدار من الجبن اقل من لبن غيرها ولهذا اذا كان هذا اللبن يخرج حسب العادة فى كل مرة من الثدى بمقدار اعظم من غيره بعشر مرات ونصف فى الزمن الواحد والاطفال الرضع لكل من النساء المذكورات اللواتى ابتدأن فى تغذيتهم من

ظهور البيان انهن كانوا اقويا في صحة جيدة

وهذه الاصول عظيمة الاهتمام ويزيد الاهتمام بها اذا روعيت في اختيار التدبير الغذائي للاطفال الرضع وقد اطال ريان هذا الكلام في رسالته والمقام يضيق عن استيفائها ولنكتف من تحليل اعماله بما ذكرناه وانما نقتصر على ذكر كلمات ذكرها في آخر الرسالة ونصها طفل عمره سبعة اشهر ونصف مرت بانتظام وان كان من الواضح ضعفه وتألمه من ضعف تغذيته في الاشهر الاول من الرضاعة بسبب النقص الذي كان يعرض للبن كثير من المرضعات اللواتي ارضعنه على التعاقب فبعد ان ذهر على ترك المرضعة الاخيرة غذى مدة عشرة ايام بحلمة صناعية وكانت مواد الغذاء هي المغلى الخفيف للشعير المقشر مخلوطا ذلك المغلى بعشر حجمه من لبن المعز ويتعاطاه في اربع مرات بالنهار ومرتين بالليل وكان جملة ما يستعمل في الاربعة والعشرين ساعة اقل من المن بيسير (المن رطلان) فكان ما فيه تقريبا

من الجوهر الجاف من اللبن	١٤	جرام
ومن الخلاصة الجافة للشعير المقشر	١٦	
جميع ذلك	٣٠	

وفي هذا الزمن الذي كانت فيه صحة الطفل جيدة فتش له على مرضعة احسن من المرضعات السابقات فاختيرله باشارة طبيب ماهر مرضعة لبنها بحسب الظاهر جيد الصفة وهي المرأة التي كانت موضوع التجربة الثانية فارتضع الطفل من هذا اللبن الذي كان كثيرا ومع ذلك ظهر كأنه في المرة الثالثة حصل له بعد ان ترك الثدي خدر وبقي فمه مفتوحا ولم يتيسر ان ترجع له بشاشته الاعتيادية ثم في المساء حصل له انزعاج في النوم فاشار الطبيب بان لا يعطى له الثدي الامدة ثلاث دقائق ثم ان العوارض تجددت له مع شدة آخذة دائما في الزيادة وحصل له القيء مرات كثيرة وحصل له عقب مرة منها غشي واغماء فبادرت بعمل التجريبات السابقة ووزن مقدار اللبن الذي اخذه الطفل في خمس مرات او ست مدة اربع وعشرين ساعة فعرفت ان الزيادة احد عشر

ديسى ليتر (والديسى ليتر عشر الليتر والليتر هو المن) فعينت مقدار الجوهر الجاف المحتوى عليه فرأيت ان هذا القدر يوجد فيه ١٦٠ جراما اعنى اكثر بخمس مرات مما يحتوى عليه لبن المعزاة الممدود بماء الشعير المقشور مع ان خروج اللبن كان سهلا بحيث ان الطفل يستخرج فى كل مرة هذا المقدار فى اقل من دقيقتين فاخبرت الطبيب بهذه المشاهدات وبكثرة الدسامة التى وجدتها فى لبن هذه المرأة فمن ذلك حكم حالا بمنع الارضاع وامر من جديد باللبن الممزوج ففى بعض ايام زالت الاعراض المغمة وجاء النوم والاستبشار والانشراح وزادت التغذية تدريجا الى ثلث مقدار اللبن انتهى كلام ريان

قال بليار وانما ذكرت هذا الامر الواقعى مع التفصيل الواضح لانه يفيدنا الاحتراسات التى تلزمنا لاجل ارضاع الاطفال فاذا كان الرضيع ضعيفا منتقع اللون ولم يهضم لبن مرضعته كان لا بأس احيانا بتجربة التغذية من الحلمات الصناعية وتنظيم مقدار اللبن الذى يعطى له وتصليح صفاته بان يمزج بماء الشعير او مقشره فقد شاهدنا فى بيت الملتقطين ان لبن المعز الممزوج بماء الشعير تهضمه جيدا الاطفال الذين يرفضون لبن مرضعاتهم ويهزلون من عدم التغذية

ثم ان الارضاع الامى وان ادعى بعض المؤلفين انه من جملة قوانين الطبيعة التى يلزم المبادرة لاطاعتها الا ان ذلك لا ينبغى جعله من القوانين الكلية لان هنالك احوالا مستثناة نضطر فيها الان نأمر الامهات بان يتركن ما وجب عليهن من ذلك اى ارضاع اولادهن ثم لابد ان نراعى ايضا ان الحالة الاجتماعية للناس قد تحوج لترك اللوازم الطبيعية بحيث يكون من الشذوذ فى بعض الاحوال قهر الام على ان ترضع بلبنها طفلا ضعيفا وبمثل ذلك يقال فيما اشتهر من ان من القوانين الاعتيادية ان الطفل انما يعيش بلبن امرأة مدة الاشهر الاول من حياته فلذلك نكرر ونقول لا يمكن ان نجعل من القوانين الكلية الثابتة ان الارضاع الامى هو المناسب الوحيد للاطفال الضعاف وانما يلزم ان نبحث عن احسن كيفيات التغذية المناسبة للجهاز الهضمى فى كل طفل

ولذلك سنأمر من جديد فى الحالة التى نحن بصددها باصناف مختلفة من الاغذية ذكرناها سابقا فى سوء الهضم المعدى

المبحث الثانى

فى تغمد الامعاء اى تداخلها فى بعضها

التغمد اى تداخل عروة معوية فى جزء آخر من المعا يحصل كثيرا للاطفال الرضع قال المؤلف وربما حصل بدون ان تعرف له علامة تدل عليه لانى كثيرا ما رأيته فى جثث الاطفال مع انه فى حياتهم لم يكن معهم امساك ولم تظهر فيهم آلام بطنية ومع ذلك كثيرا ما يعرض من هذا التداخل المعوى خصوصا اذا التهب الغشاء المخاطى لهذا الجزء المتداخل امساك عسر وتوتر عظيم فى البطن وآلام شديدة بل والموت فحينئذ يصح ان يعتبر هذا العارض من العوارض الثقيلة للطفولية الاولى فالامساك الشديد والانتفاخ التدريجى للبطن وتقايى المشروبات ثم المواد المعوية الثفلية وبالاختصار مجموع العوارض التى ذكرناها عند الكلام على انسداد المستقيم توجد فى التغمد اى التداخل المعوى المضاعف بانقطاع تام لسير المواد المحوية فى القناة الهضمية ثم ان هذا التغمد يكون فى الصائم واللفائفى اكثر من بقية اجزاء المعا ويحصل تارة من اسفل الى اعلى وتارة من اعلى الى اسفل بدون فرق اعنى تارة ينقبض الجزء العلوى ويصغر وينزل فى الجزء السفلى تحته الذى صار فى حالة استرخاء واتساع وتارة يكون الجزء العلوى هو القلنسوة للسفلى فيقبله فى تجويفه والاكثر وجود النوع الاول وكأنه ينتج بالطبيعة من الانقباضات التموجية الاعتيادية للمعا غير انها شديدة جدا ولا يندر ان يشاهد جملة من كل من النوعين فى شخص واحد ولا يندر ايضا ان يشاهد جزء من المعا متسع متمدد يقبل من الاعلى الجزء من القناة الذى من اعلاه ومن الاسفل الجزء الذى من اسفله بحيث يوجد هذان النوعان من التغمد منضمين فى محل واحد

وفى التغمد الحقيقى توجد فى القناة المعوية هيئات جديدة مهم دراستها فاولا ان الغشاء المخاطى من الجزء المتسع اى الحاوى لغيره يلامس نفسه من القاعدة

اى الثنية الخارجة من التغمد الى الطرف اى الجزء العميق من الجزء المحوى والطبقة المصلية من المعا الكائنة بين الجزء الداخل والجزء الحاوى تلامس ايضا نفسها من الفتحة الخارجة للثنية الى عمقها اعنى الى المحل الذى ينثنى فيه الجزء الباطن ليتصل بالجزء الخارج فينتج من ذلك ان التغمد يكون قد رسمك الجدران المعوية بثلاث مرات اعنى الجزء المركزى اى الداخل والجزء الخارج اى الحاوى وجزء متوسط بينهما متصل بكل منهما فاذا افتتح بالمشرط الجزء الخارج وجد فى تجويفه شبه حوية اوحلمة اوزائدة مخروطية مختلفة الطول خالصة من جميع الجهات يوجد فى سطحها غضون الصمامات الضامة ومفتوحة من طرفها التمر منها المواد المعوية وهى شبيهة شبها تاما بالورم المتكون من المعا الخارج من الشرج الغير الطبيعى

ثم اذا كان التغمد جديدا او البريتون سليما كان ذلك التغمد قابلا للانحلال والانبساط والزوال بالكلية اما اذا طالت مدته وسيما اذا تهيج البريتون الداخل فى تركيبه والتهب فلا يمكن تحلله فالغشاء المصلى المحصور فى الثنية يغطى بتصعد ملصق يزيد فى متانة التصاقه بسرعة فالهيئة الغير الاعتيادية التى كانت برهية تصير دائمة فبالنظر لنتائجه ينبغى ان يميز التغمد من اعلى الى اسفل عن الذى من اسفل الى اعلى فاذا كان الطرف العلوى من المعا داخلا فى الجزء السفلى حتى ولو تيبس التغمد وصار غير قابل للزوال لم ينتج من ذلك الاتعوق يسير فى سير المواد المعوية اولم ينتج شئ اصلا فبسيرها من الاعلى الى الاسفل على حسب سيرها الاعتيادى تقابل يقينا فى محل التغمد محلا اضيق من باقى القناة غير ان هذا المحل قابل للتمدد والاتساع ومع ذلك يتركها تمر منه فاذا وصلت الى الطرف الباطن للثنية سقطت فى جزء اكثر اتساعا فتنفذ منه وتدوم على سيرها فيمكن ان يبقى هذا النوع من التغمد بدون خطر عظيم والاجزاء الملتصقة المتكون منها تختلط ببعضها شيأ فشيأ وتتسع بحيث يكاد ان لا يدرك التغمد بعد ذلك

اما اذا كان الجزء العلوى المتمدد من المعا هو القلنسوة المغطية اى الحاوى للجزء

السفلى فان الامر يكون بالعكس فالمواد المعوية فى هذه الحالة تتجه من اسفل الى اعلى آتية من المعدة الى الجزء المريض فتقف فى قاعدة الحلمة اى المخروط البارز المكون من الجزء الداخل او المتغمد ويوجد فى قمة ذلك المخروط الخالص من جميع جهته فتحة لا تدخل فيها المواد بسهولة فينتج من ذلك انها تتراكم حول قاعدته وتثقل عليه وتدفعه وتضغط عليه فاذا كان التغمد خالصا اى غير ملتصق او قليل المتانة والالتصاق جاز ان تقهره هذه الحركات العنيفة وتحلله فان كان الامر بالعكس ظهرت تدريجا اعراض الاختناق المعوى اى انقطاع سير المواد الثفلية ويخشى على حياة الشخص ومع ذلك شوهدت احوال من هذه الهيئة الثقيلة تخلص منها المريض كعروض غنغرينا فى الجزء الباطن للتغمد الذى استندت عليه كتلة المواد المتراكمة فى الطرف العلوى وحصل التصاق فى القاعدة الخارجة لثنية التغمد به حصل اتصال القناة واما الجزء الباطن اى المتموج المنفصل من جميع دائرته فانجذب نحو الشرج واندفع مع الثفل وقد شوهد حصول تلك الحالة العظيمة الاهتمام فى جزء من المعا طوله عشر ميتر وعرفت جيدا تلك الاجزاء بالتشريح

وعلاج هذا التغمد يكاد ان يكون خارجا عن طاقة الصناعة لانه مادام استفراغ المواد الثفلية حاصلا لم يمكن معرفة الداء اما اذا حصلت عوارض الاختناق وانقطاع سير المواد الثفلية فان الداء يكون مظنونا فقط مهما كانت شدة تلك الاعراض ومع ذلك ينبغى فى الاطفال ان يجتهد فى ارجاع وظائف هذه القناة لعادتها بالاستحمامات وبالاقتصاد فى الرضاع وبعض حقن ملينة اى مسهلة بلطف وبضغط خفيف على البطن وبالامر ببعض ملاعق صغيرة من زيت الزيتون

والانقطاع التام لسير المواد المعوية كالعوارض التى تنتج منها قد يحصل من اسباب اخر سنبحث فيها على الاثر فنقول ان قيل هل القناة المعوية للاطفال الصغار قابلة لان تصير فى احوال كثيرة مجلسا الآلام عصبية كالمغص والقولنج وريب ارحم وغير ذلك نقول ان الآلام الشديدة التى مجلسها فى بطن الاطفال

المولودين واللمس يقويها وتحقق باضطرابهم وصياحهم الشاق هي دائما عصبية فان قيل ايضا هل لا تحصل ايضا من التهاب بعض الاعضاء البطنية قال بليار اظن ان القوالنج الشديد المعرضة له الاطفال المولودون قد ينشأ من آفات تشريحية تشاهد بالبصر في الجثة كما ينشأ ايضا من مجرد زيادة مرضية في الحساسية وذلك هو ما ثبت بالبحث والتفتيش

وعلى كل حال اذا نودي الطبيب لعلاج مولود معه الام شديدة يقرب للعقل ان مجالسها في البطن وكانت تلك الالام مصحوبة بامساك وقيء بل وتشنجات وكانت عظيمة الاعتبار بهبوطها ثم شدتها على التعاقب ولم تكن مسبوقة بعرض من الاعراض التي نذكرها فيما بعد للالتهاب المعوي كان ذلك حاملا له على ظن وجود بعض آلام عصبية في القناة الهضمية فتعالج تلك العوارض بان يؤمر مع الاحتراس بالمشروبات المضادة للتشنج كملعقة صغيرة من شراب الاتير ممدود ابثلثيه من الماء وكنصف درهم من شراب دياقوردا اي شراب الخشخاش مخلوطا بقليل من ماء سكري اولبن لكن لا يلتجأ لهذه الوسائط الا مع غاية الاحتراس ولا تنس ان الاوجاع العصبية في القناة الهضمية للاطفال اندر من التهاباتها

المبحث الثالث
في التهاب القناة المعوية

الغشاء المخاطي المعوي يمكن ان يكون كغشاء المعدة مجلسا لاصناف مختلفة من الالتهابات فيلزم ان نذكر باختصار على التعاقب الالتهاب المعوي الارتيماوي والجرابي والغنغريني واما الالتهاب المعوي المصاحب لتغير في الافراز المسمى ذلك بموجيت الامعاء فنادر جدا ولكن تجوز مشاهدته وسنذكر مثالا منه

ولنبتدأ بذكر كلمات في الالتهاب المعوي الذي يظهر قبل الولادة ثم نبحث عن الذي يعرض للاطفال بعد ذلك فليكن في هذا المبحث مطلبان

المطلب الاول
في الالتهاب المعوي مدة الحياة داخل الرحم

حالة الهضم التى توجد فيها الامعاء حتى قبل ولادة الطفل يلزم ان تعرض هذه الاعضاء لان تلتهب مدة الحياة داخل الرحم وذكرنا من ذلك امثلة فى المشاهدات السابقة ولكن ربما انشكك فى شئ منها بحيث يعسر ظن صدقها ولنذكر حالة غريبة ذكرها هادبرموس فى فصل امراض البذرة فى بعض كتبه فقال قد دعيت لمراعاة طفل مكثت امه مدة حملها فى غاية الزهاوة ومع ذلك ولد نحيفا وسطح جسمه ابيض مصفر وسحنته تعلن بالالم والتقطب كسحنة العجائز وكان بطنه منتفخا متيبسا قوى الحساسية وتلافيف الامعاء مرسومة على الجلد من الظاهر وبالجملة معه العلامات الدالة على التهاب معوى شديد قديم فسلم لمرضعة جيدة وتيسر له مع غاية ضعفه ان يشرب اولا بعض نقط من اللبن وبعد ذلك رضع رضاعا تاما حتى صار من حينئذ طفلا لطيفا جيد البنية انتهى قال بليار ولنضم لهذا الامر الواقعى الذى لم تتضح حالته بفتح الجثة مشاهدة اخرى اجتنيتها وزالت فيها الشكوك يقينا بالبحث التشريحى فى الجثة وهاهى

التهاب معوى وتولدات على سطح الاثنى عشرى * طفل ذكر وضع فى بيت اللقطاء فى الحادى عشر من شهر ديسمبر وكان منتقعا نحيفا صغيرا جدا ومكث ستة ايام بين ايدى المرضعات المقيمات هنالك ومع ذلك لم يحصل له قوة فى تلك المدة بل لا يزال آخذا فى الهزال بسرعة ولم ينقطع منه الاسهال واحيانا يتقايا لبن المرضعة فادخل فى مارستان هذا المحل فى السابع عشر من الشهر ومات فى مساء ذلك اليوم فلم يتأت لنا مشاهدة ما حصل له فى تلك السويعات وفتحت جثته فى اليوم التالى فرأينا المعدة محتقنة قليلا ومنكتة بنكت حمر ووجد فى الاثنى عشرى بعض خطوط مستعرضة وشوهد فى وسط الجزء الثانى من هذا المعا تولد عنيق احمر غير منتظم كالكرز فى حجم حبة لوبياء عنيقه متين الاندغام بسطح الغشاء المخاطى الذى نبت عليه ويشبه جيدا التولدات اى الاستنباتات التى توجد احيانا فى الكبار على الغشاء المخاطى المعوى وتأليفه كأنه اسفنجى غير انه ليس انتصابيا ويتمزق بسهولة بين الاصابع

فيخرج منه الدم المحتوى فى خلايا منسوجه ويوجد ايضا فى آخر اللفائفى
التهاب مزمن يعرف بسموكة الغشاء المخاطى الذى كان لونه احمر واضحا
ووجدت ايضا حزوز محمرة فى قولون واما بقية الاعضاء فليس فيها ماهو عظيم
الاعتبار

وهذا التولد فى الاثناعشرى قدلايكون نتيجة التهاب مزمن لانه يعسر ان
توضح طبيعة مثل هذه التولدات واسبابها اذهى شبيهة بتآليل الجلد لكن ينبغى
ان يعتبر التلون الاحمر فى اللفائفى الذى كان منتفخا اثرا لازما لالتهاب مزمن
وذلك الالتهاب هو الذى ولد الطفل به وينسب له حالته الضعفية ونحوله
السريع والموت وهاهى مشاهدة اخرى

التهاب قولونى مزمن وتيبس فى قولون * طفل عمره ستة ايام دخل المارستان
فى الثانى والعشرين من سبتمبر ومعه لون يرقانى خفيف واسهال كثير وحالة
انحطاط زائد ومن ابتداء ولادته لم ينقطع نحوله وسحنته شديدة التغير وتعلن
على الدوام بالالم وفى جبهته غضون كثيرة ومجمع الشفتين منجذب الى الخارج
اى الوحشية ويصيح قليلا ويبقى فى مهده غالبا غير متحرك ومات فى مساء اليوم
الذى دخل فيه المارستان ولما فتحت جثته وجد احتقان ضعفى فى المرئ
واحمرار منكت فى المعدة واما الاثنى عشرى والصائم فلم يكن فيهما الا احتقان
خفيف واما آخر اللفائفى فوجد فيه ابتداء السموكة التى لم تزل آخذة فى الزيادة
كلما تقدمت نحو الاعور وكانت الفتحة اللفائفية الاعورية ضيقة جدا وصمام
بوان منتفخا احمر متينا وكان مجلس هذه السموكة فى الطبقة الخلوية التى تحت
الغشاء المخاطى وكان الغشاء المخاطى فيه سموكة ايضا وشديد الاحمرار وسهل
التمزق والغشاء البريتونى رقيقا فى حالته الاعتيادية بحيث ان الطبقة الخلوية
اذا اعتبرت على حدتها توجد مكونة لغشاء سمكه نحو نصف خط ومنسوجه
متين مبيض المنظر كأنه صدفى ولم يكن فى ذلك المنسوج اخلية وانما كان
كمتجانس الطبيعة تقريبا بحيث اذا قطع يخرج محل القطع املس نقيا ووجد
فى هذه الآفة التى فى المنسوج الصفة التشريحية التى ذكرها لاهنك وهى

التيبس وكانت تلك الحالة موجودة يقينا فى جميع طول قولون ووجدت المواد الثفلية مصفرة سائلة ملتصقة قليلا بجدران الامعاء ووجدت الكبد مسودة محتقنة بالدم والصفراء كثيرة لزجة ذات سواد قاتم واما الرئتان والمخ فكانت سليمة

ومن المحقق ان هذه الافة فى المنسوج كانت موجودة مدة الحياة داخل الرحم وولد الطفل بها والالتهاب القولونى المزمن الذى ذكرناه هو الداء الذى ينبغى ان ينسب له حالة الضعف والاسهال والنحول السريع بعد الولادة وهذان المثالان للالتهاب المعوى الخلقى يوضحان لنا حالة الضعف التى يولد فيها بعض الاطفال الذين يكون تعب حياتهم ومشقتها على حسب ما معهم من الآفات التى بنموهم نموا سريعا غيرت جرثومتهم تغيرا عميقا ويؤخذ من ذلك ايضا انه يلزم ان يبحث مع غاية الانتباه عن طبيعة الاسباب التى نشأ عنها الضعف الموجود عند الولادة وعندنا من نظائر ذلك امثلة كثيرة يطول بنا المقام لو ذكرناها نهاية ما نقول قال بليار قد شاهدت عشر حالات من الالتهاب المعوى الخلقى فى اطفال ماتوا فى اليوم التالى لولادتهم وفيما بعده ففى ثلاثة منهم كان هناك نمو والتهاب واضح فى الضفائر الجرابية التى فى القسم اللفائفى الاعورى وفى اثنين آخرين وجدت اجربة كثيرة مبيضة بارزة قليلا ومحاطة بدائرة حمراء فى الاعور وبعض من هذه الاجربة ابتدأ تفتحها من قمتها وفى الخمسة الباقية لم يكن الالتهاب الا احمرارا صفيحيا مع انتفاخ وسهولة تمزق فى الغشاء المخاطى للمعا الدقيق وانما العظيم الاهتمام هو ان العنق لم يوجد فيه تغير محسوس فى هذه الحالة وانما كان منظره وقوامه اعتياديين ولكن معظم هؤلاء الاطفال كانوا ممتقعين اللون نحافا كالمسقوطين غير ان واحدا من الذين معهم التهاب فى الجهاز الجرابى كان قوى البنية شديد القوة

واعراض الالتهاب المعوى الخلقى مشابهة لاعراض الالتهاب المعوى الذى يظهر بعد الولادة .

المطلب الثانى
فى التهاب القناة المعوية بعد الولادة

اكثر

اكثر مشاهدات التهاب الغشاء المخاطى للقناة المعوية تكون بالنظر لاختلاف مجلسه لكن قبل ان نبحث فيه من تلك الجهة نبحث عن هيئة الآفات الالتهابية التى قد تظهر فى باطن القناة

فالتهاب الامعاء يوجد فيه اختلافات تشريحية مثل ما للمعدة فيكون تقسيمه هنا على ماسيذكر من الانواع الاربعة

الالتهاب المعوى { الارتيماوى
مع تغير فى الافراز
جرابى
مع فساد فى المنسوج }

النوع الاول

الالتهاب المعوى الارتيماوى

لم يكن هنالك الافرق يسير بين الالتهاب الارتيماوى فى الامعاء والاحتقان الضعفى الذى كثيرا ما تكون القناة مجلساله فى الاطفال ولذلك عسر جدا ان يوضع حد فاصل بين هاتين الآفتين ومع ذلك يمكن ان تقول ان احدهما سبب مهيء للآخر وان القناة المعوية اذا كانت تلتهب كثيرا فى الاطفال الصغار فذلك الامن كونها غالبا محتقنة فان الدم الذى يقوم منه هذا الاحتقان الضعفى يصير بمكثه الطويل فى الاوعية وفى منسوج الغشاء جسما غريبا مهيجا يمكن ان تحصل منه الآفات والاعراض الخاصة بالالتهاب الحقيقى

فاذا رأينا بدل الاحتقان البسيط التفرعى الشعرى التهابا ارتيماويا صفاته التشريحية هى الاحمرار الصفائحى المختلف السعة سواء كان محله فى جزء منحدر اوغير منحدر من القناة الهضمية وصحب ذلك الاحمرار انتفاخ وسهولة تمزق فى الغشاء المخاطى لم يكن عندنا شك فى طبيعة هذه الآفة التى هى التهابية يقينا وليست بالاكثر الانتيجة احتقان حقيقى ضعفى فلاجل معرفة صفات الالتهاب المعوى الارتيماوى مع غاية الضبط يلزم ان تعرف

الاعراض التى حصلت مدة الحياة فى الاطفال الذين وجدت فيهم الصفات التشريحية لهذا الالتهاب وهذا هو ما فعله بليار وذكر نتيجة هذا البحث التشريحى فقال

قد شاهدت احوالا كثيرة من هذا الالتهاب الاريتيماوى غير ان كثيرا منها كان مضاعفا بالتهاب معدى او التهاب رئوى او غير ذلك بحيث اذا ذكرت جميع ذلك هنا عسر فصل الاعراض الخاصة بهذا الالتهاب عن غيرها ولكن اذا قطعت النظر عن تلك الاحوال المتضاعفة رجع عدد الاحوال التى شاهدتها ووجدت فيها هذا الداء بدون تضاعف بغيره الى نحو اربعين مثالا وسن اطفال هذه الامثلة كان من يوم الى سنة وكان مع ثلاثين منهم اسهال مواد صفراء سائلة ومع ستة اسهال المشروبات ومع خمسة وعشرين انتفاخ البطن ومع اربعة براز اعتيادى وستة لم يكن معهم اسهال وخمسة معهم احمرار اريتيماوى فيما حول الشرج مسبب يقينا من ملامسة المواد المعوية ومكثها ولم اشاهد فى احد منهم تواتر النفس وفى معظمهم كان الجلد جافا محرقا وفى اربعة فقط كان هناك تواتر فى النبض وكان سن هؤلاء الاربعة من خمسة اشهر الى سنة وفى خمسة وعشرين كانت للسحنة هيئة مخصوصة تعلن بالالم ويعرف ذلك من غضون وثنيات عمودية فى اصل الانف وجذب مجمع الشفتين الى الخارج اى الوحشية

وكثيرا ما تتضاعف تلك الاحوال من الالتهاب المعوى الاريتيماوى بالنزيف فقد وجد فى اربعة من هؤلاء الاطفال دم متصاعد فى محال مختلفة من القناة المعوية حيث يوجد فيها التهاب شديد جدا وواحد منها نزل منه بالقىء والبراز مقدار من ذلك الدم وقد رأينا فيما سبق مثل هذه الاعراض فى حالة احتقان ضعفى بطنى ولكن هنا ليس ذلك نتيجة كثرة دم فى الاوعية المعوية والجذوع الغليظة البطنية فقط وانما هو ايضا كما هو واضح تخير دموى ناتج من فيضان الدم بسبب المنبه الالتهابى الذى محلسه فى الغشاء المخاطى وها هى قصة هذه الحالة العظيمة الاهتمام

وهى

وهى ان طفلا انثى عمره عشرة ايام وجسمه صغير لكنه فيه قوة تما وجلده شديد الاحمرار ويصيح جيدا صياحا تاما ودخل المارستان فى السابع والعشرين من سبتمبر فوجد انه كان اليوم التاسع من تلقيح جدرى اجتاز فيه ادواره جيدا وفى مدة يقظته لايترك الصياح وظهر له بعض نقط من الموجيت على حوافى اللسان الذى كان غشاؤه احمر كرزيا وكان معه اسهال من مادة كثيرة مخضرة غيران البطن لم يكن متوترا (وعلاجه الارز المصمغ وغرغرة مرخية وحقنة نشائية ولبن ممزوج) وفى الثامن والعشرين كانت حالته كما ذكر ولم ينم اصلا وصار يصيح فى الليل والنهار ومعه انزعاج دائم وسحنته مقطبة تعلن بالالم ولم يزل الاسهال كثيرا جدا مختلطا بدم كثير ومع ذلك لم يظهر عليه نحول وكان جلده حارا جافا ونبضه انما يضرب فى الدقيقة ستاوستين وفى اليوم الاول من اكتوبر اتسع الموجيت على الوجه الباطن للشفتين والخدين ولم ينقطع عن الطفل الاضطراب والانزعاج وتقيأ ماشربه وهذه اول مرة للقىء وشوهد بعض حزوز من الدم فى مواد تقيأته (وعلاجه الزيرفون المحلى والاستحمام التام واللبن الممزوج) وفى اليوم التالى كانت حالته العامة كذلك وفى الرابع تغيرت السحنة تغيرا عميقا وانتفخ البطن وكان اذا ضغط عليه تظهر ثنيات على الجبهة من جميع الجهات وتكونت من الموجيت طبقة سميكة على جميع سعة اللسان وامتد ذلك الى الاجزاء الجانبية لقيده وضعف الصياح جدا ولم تزل المواد الثفلية مخضرة دموية كثيرة جدا والبطن صلبا متوترا والصدر يرن فى جميع اجزائه وحصل الموت فى المساء ولما اريد فتح جثته فى اليوم التالى وجد الجسم حافظا لسمن عظيم والاطراف متيبسة والمنسوج الدهنى كانه متجمد فى اجزاء مختلفة من الجسم ووجدت طبقة سميكة من الموجيت فوق اللسان وتحته ووجد الطرف السفلى من المرىء مجلسا للين هلامى واضح الصفة ولم يوجد فى المعدة الا احمرار نقطى على الوجه الباطن لها ووجد فى جميع طول القناة الهضمية مقدار عظيم من مادة دموية زفتية ثخينة وشوهد فى جملة محال من المعا الدقيق احمرار واسع صفيحى مصاحب لانتفاخ

واضح وسهولة تمزق فى المنسوج المخاطى بحيث كان يتمزق بالظفر باسهل حال ووجد فيه ايضا دم متصاعد عن قريب وملتصق بهذه المحال الملتهبة وفى آخر اللفائفى بعض صفائح جرابية محمرة منتفخة والاعور مبذور فيه اجربة كثيرة منعزلة وملتهبة قليلا ووجد فى قولون احمرار كثير صفيحى مختلط بحزوز مزرقة وفى لون الكبد بعض قتامة وفى المرارة صفراء سائلة خضراء داكنة واما الرئتان فسليمتان وانما فى قاعدة اليمنى بعض احتقان دموى والقناة الشريانية منفتحة وثقب بوتال منسد والمخ متين كثير الاحتقان

واذا دققنا النظر نجد ان مجلس الداء الذى تسبب عنه موت الطفل كان فى القناة المعوية والاعراض التى احدثها عظيمة الاهتمام بالنظر لصفاتها القاطعة اليقينية وذلك كالاسهال المخضر الكثير والسحنة المعلنة بالالم وتوتر البطن الذى يأخذ فى التزايد والاضطراب المستدام المسبب يقينا عن الالم وعدم وجود حركة حمية فى اثناء هذا التنبه فهذه هى الاعراض التى تؤخذ اولا من هذه المشاهدة ثم بعد ذلك رأينا عروض التقايى وفتح الجثة حملنا الآن على ظن ان ذلك ناشئ من لين المرىء العارض فى اواخر حياة الطفل واما مرات القيء والاسهالات الدموية فيستدل منها على وجود نزيف معوى وقد وجدنا آثارا من ذلك فى فتح الجثة وبالجملة اذا حللنا العلامات والاعراض التى كانت موجودة فى هذا الطفل علمنا اعتبارها وانها تدل على وجود التهاب معوى مضاعف بالنزيف

والالتهاب المعوى الارتياوى مهما كان مجلسه يمكن ان يسبق اصنافا مختلفة من الالتهاب بحيث يكون هو الدرجة الاولى لها وبطول مدته يكتسب منظرا جديدا ولذلك قد يعقب الاحمرار الشديد الذى يقوم هو منه تلون مسمر اومزرق منتشر على هيئة نكت اوصفائح اوحزوز فى محال مختلفة من القناة الهضمية بحيث انه كثيرا ما يوجد فى الميتين من الاطفال عقب اسهال طويل المدة انحلهم نحولا تاما حزوز مزرقة سواء فى المعا الدقيق اوفى قولون ويلزم ان يعتبر هذا التغير فى لون الغشاء الباطن للامعاء اثرا اودلالة

على

على التهاب مزمن

لكن ينبغى ان تعلم ان الالتهاب المعوى لا يكون دائما بالصفات الواضحة القاطعة التى ذكرناها وانما بينت الاعراض التى تنسب له لتتيسر معرفته حتى وان كان اقل وضوحا من ذلك فالحالة التى ذكرناها تكون لنا قياسا لنقابل بها جميع الاحوال الممكنة

والالتهاب المعوى الاريتماوى كثيرا ما يكون مصحوبا بالتهاب معدى وذلك الالتهاب المعدى المعوى فى الحقيقة مرض كثير الحصول للاطفال الرضع واعراضه لا تختلف كثيرا عن الاعراض التى تنسب للالتهاب المعوى البسيط وتظهر جيدا اسهالات تختلف فى الصعوبة لكن كثيرا ما يشاهد تكرر القئ فى اطفال مصابين بالتهاب معوى فقط فوجود هذا العرض لا يوضح لنا فى الحقيقة انضمام الالتهاب المعدى للالتهاب المعوى وانما هناك علامة من العلامات القريبة للعقل لوجود هذين الداءين معا وهى الالم فى القسم المعدى الذى يعرف عند الضغط عليه من السحنة الدالة على الالم ومن صياح الطفل لكن يعكر علينا ان قولون اذا كان ملتهبا يكون ايضا فى هذا القسم تقريبا بحيث اذا ضغط على القسم المذكور ظهر الالم فيظن كونه من المعدة فآخر ما يستنتج هوانه وان ثبت عندنا من التشريح المرضى ان التهاب المعا كثيرا ما يصحبه الالتهاب المعدى الا ان المشاهدات الكلينكية لامراض الاطفال غير قادرة على ان تكشف بالعلامات ما يميز الالتهاب المعدى المعوى عن الالتهاب المعوى فقط وما نقوله هنا فى النوع الذى نحن بصدده من الالتهاب يقال مثله فى الالتهابات المعوية الاخر وعسر هذا التمييز ليس له فى حال من الاحوال نتيجة مغمة فى العلاج لان علاج الالتهاب المعوى يناسب جيد الالتهاب المعدى المعوى

النوع الثانى

الالتهاب المعوى مع تغير فى الافراز (موجيت الامعا)

تغيرات الافراز التى يقوم منها الموجيت يمكن وجدانها فى سطح الغشاء المخاطى

المعوى اذا كان ملتهبا قال بليار قد اتفق انى وجدت مرة هذا التغير فى اللفائفى لكنى لم اجتن الاعراض التى كانت مع هذا الطفل مدة الحياة فالتزمت ان اعرض صفحا عن ذكر هذا المثال وانما اذكر قصة طفل آخر معه موجيت فى قولون وهاهى ماسيذكر

(لين جزئى فى المعدة وموجيت فى قولون) طفل عمره ثلاثة ايام دخل المارستان فى الحادى والعشرين من افريل لاجل اسهال كثير جدا وكان مصابا به منذ يومين ومعه خلاف ذلك تلون يرقانى خفيف فى جميع اجزاء الجسم (علاجه الارز المحلى واللبن الممزوج) وفى الخامس والعشرين زال اللون اليرقانى وصار الطفل يتقايا كل ماشربه ولم يزل الاسهال كثيرا فسبب النحول السريع ومات الطفل فى السابع والعشرين ولما فتحت جثته وجد الغشاء المخاطى الفمى سليما ووجد فساد تام وسهولة تمزق فى الاغشية الثلاثة للمعدة وكان فى غشائها المخاطى لين هلامى خصوصا فى محاذاة القعر الكبير اى الحدبة الكبيرة ووجد كل من الثلث الاخير من اللفائفى والاعور وجميع قولون شديد الاحمرار منتفخا مكرشا وفى سطح الاعور وقولون عدد كثير من ندف صغيرة مبيضة فى قوام الزبد ملتصقة جدا بسطح الخمل الاحمر المنتفخ الذى فى الغشاء وبعض تلك الندف يسبح خالصا فى وسط المواد الثفلية التى كانت مخضرة سائلة لكن اكثرها كان ملتصقا بالغشاء بحيث لا يزال منه الا اذا حك بالمشرط ثم لما وصل هذا النوع الى التعريج السينى من قولون زال بالكلية ثم وجد فى المستقيم الذى كان مجلسا ايضا لحزوز حمر مستطيلة شديدة الاحمرار وباقى الجثة ليس فيه شئ عظيم الاهتمام

ويلزم ان نختار ان هذا التغير فى الافراز مشابه لما يوجد فى الفم والمعدة ويسمى بالموجيت فاذا شابه هذا التغير الافرازى عموم الاغشية الكاذبة التى تظهر على سطح الاغشية المخاطية لم يتعجب من مشاهدته فى قولون لان التهاب هذا الغشاء ينتج احيانا تغلالات غشائية تختلف سعتها فى محال مختلفة من سطحها كما يشاهد ذلك فى الدوسنطاريا وغيرها من الالتهابات المعوية وليس هنالك

علامة مخصوصة يتشخص بها هنا وجود الموجيت فى الامعاء وانما رأينا فقط علامات التهاب المعا ولذلك لم نذكر هذه الحالة هنا الا كمثال لصنف من الالتهاب الذى سميناه بالالتهاب المعوى مع تغير فى الافراز ويمكن وجدان اغشية كاذبة مختلفة الطول فى قولون الاطفال قال بليار غير انه لم يتفق لى مشاهدة ذلك

النوع الثالث

الالتهاب المعوى الحلى والجرابى

قال بعض المحققين ان الغشاء المخاطى المعدى المعوى ما عدا كونه محتويا على المنسوج الخلوى والاعصاب والعروق الدموية الداخلة فى تركيبه يحتوى ايضا على اصلين آخرين اونقول على عدد كثير من اعضاء صغيرة تتنوع الى نوعين احدهما قائم من خيوط عصبية دقيقة جدا واوعية دموية فى غاية الدقة ايضا ويكون ذلك النوع على شكل شراريب صغيرة طولها نحو نصف خط تقريبا وهذه تسمى بالحل وهى تنتفخ وتحمر وتنتصب كالمنسوج الانتصابى بمماسة الاجسام المنبهة ويظهر انها هى المجلس الرئيس لقابلية التهيج فى الغشاء اذا لم تكن وحدها هى المخصوصة بذلك فهى اول من يحس بتاثير الاجسام الغريبة التى تلامس هذا الغشاء وربما كانت هى اعضاء اللمس والذوق للغشاء المعدى المعوى وتوجد فى جميع سطح القنوات الهضمية قبل ما عدا المرىء وقسم الفؤاد من المعدة واما النوع الثانى من النوعين اللذين يحتوى عليهما هذا الغشاء فيكون من غدد او اكياس صغيرة منعزلة فى الثلثين الاولين من المعا الدقيق كما فى المعدة ايضا ومجتمعة متراكمة اوعلى هيئة صفحات اوضفائر مستطيلة اومستديرة اوبيضاوية تشغل غالبا الحافة السائبة للامعاء ويختلف عددها كثيرا ثم تصير منعزلة فى الاعور وقولون بان تصير اثنان اثنان او اربعة اربعة بل تظهر حتى فى المستقيم ووضوحها يختلف قلة وكثرة فى الحالة الطبيعية وقد لا تظهر فى كثير من الاطفال ويختلف نموها ايضا باختلاف الاشخاص وكل من هذين النوعين وسيما الجرابى قد يصير فى الاطفال مجلسا لتغيرات

مختلفة لكن ينبغى ان نعلم ان التغيرات التى تكابدها الاجربة المخاطية المعوية ليست كلها من طبيعة التهابية واضحة لانها قد تكابد مثلا زمن التسنين زيادة فى القوة الحيوية تزيد فى افرازها زيادة كثيرة فيصير حجمها ابرز وعددها اكثر مع انه قد لا يتسبب عن ذلك احمرارها ولا انتفاخها ولا تقرحها كما يشاهد ذلك فى الالتهاب الخالص فمن المهم قبل ان نتكلم على الالتهاب الخلى والجرابى ان نقف هنيهة فى نوع هذا التنبه العضوى الوظيفى الذى يعرض فى الجهاز الجرابى للاطفال الرضع فنقول قد شاهدنا الاجربة المنعزلة والضفائر الجرابية فى القناة المعوية كثيرة العدد ونامية بدون ان تكون ملتهبة فى اثنى عشر طفلا منهم ثلاثة عمرهم من ثمانية ايام الى ثلاثة اسابيع واثنان عمرهما شهران والسبعة الباقية عمرهم من تسعة اشهر الى سنة فكانوا فى زمن ظهور الاسنان الاول وعشرة من هؤلاء الاطفال كان معهم اسهال مختلف الكثرة لمواد مخاطية مبيضة كثيرة السيولة وذلك فى الحقيقة هو الاسهال المصلى الذى ذكره المؤلفون وذلك يحمل على ظن ان هناك ارتباطا قريبا بين نموّ هذه الاجربة وزيادة افرازها ومعظم هؤلاء الاطفال كانوا فى زمن التسنين بحيث يلزم ان يكون هناك ايضا ارتباط عظيم بين زمن ظهور الاسنان وزمن النموّ الآلى للجهاز الجرابى المعوى والقوانين الفسيولوجية توضح هذه الموافقة والارتباط وذلك لانه يظهر ان الجهاز الجرابى معد لمساعدة فعل الامعاء فى الهضم بكونه يفرز على سطح هذه الاعضاء سائلا يقرب للعقل كما هو واضح انه يسهل نضج الاغذية ولذا كان هذا الجهاز زائد النموّ فى اعلى درجة فى الكلاب والحيوانات التى تأكل اللحم وفيهن زيادة شدة فى القوة الهضمية فاذن لا يتعجب من كون هذه الاجربة والضفائر المخاطية زائدة الحجم قوية الفعل فى زمن ظهور الاسنان فى النوع البشرى فالمولى سبحانه قدر بحكمته فى ذلك السن نموّ جميع اجزاء الجهاز الهضمى ولذلك تكتسب الغدد اللعابية فيه ايضا حجما عظيما وتفرز لعابا كثيرا

ويؤخذ من تلك الموافقة فى النموّ الاعتيادى للاسنان وزيادة حجم الاجربة

وقوة فعلها توضح النسبة الموجودة بين التسنين وكثرة الاسهالات المصلية التى تعرض فى هذا الزمن للاطفال وبذلك سهل ان توضح هذه السمباتيا التى ذكرها المؤلفون اى الاشتراك والارتباط بين ظهور الاسنان الاول والعوارض التى تعرض فى القناة الهضمية بدون ان يقعوا على معرفة اسباب ذلك اى الافتراضات التى تستعمل نظائرها كثيرا فى التفتيش على ظاهرات الحياة فهنا يوجد توافق اويقال اشتراك وظيفى مرضى لان هناك ايضا توافقا فى النمو ثم ان هذه الاجربة وان كان الغالب ان نموها لا يحصل قبل التسنين وانما يحصل قربه اوبعده ليست معدومة من المولودين اذ كثيرا ما يشاهد منها كثير فى الايام الاول من الحياة ثم لاتكون اجود ظهورا واكثر عددا فى القناة المعوية الا فى الزمن المذكور اى زمن التسنين بل فى سن متقدم عن ذلك قال بليار ولا اعتبر هذا النمو المرضى للاجربة المخاطية التهابا خالصا نعم هذه الحالة التنبهية التى تسبب زيادة الافراز تقرب لان تكون درجة متوسطة بين الحالة الاعتيادية والحالة الالتهابية فاظن ان المناسب مراعاة تدبير الاطفال المصابين بهذا الاسهال اذ من المؤكد انه ناشئ من الحالة المرضية التى ذكرناها اذا راعينا طبيعة المواد الخارجة بالبراز فيلزم فى هذه الحالة ان يؤمر للطفل بالمشروبات الملطفة كاللبن الممزوج بماء الشعير المقشر لان الاسهال العارض فى هذه الحالة كثيرا ما يكون مضعفا بحيث يسقط الطفل منه بعد بعض ايام فى ذبول ونحول ونمو الاجربة قد لا يكون حينئذ مقصورا على الامعاء فقط وانما يستولى على جميع طول القناة الهضمية كما يدل على ذلك هذا المثال الآتى

وهو ان طفلا عمره ستة اشهر دخل المارستان فى اليوم الثامن من مرس وكان منذ ايام مصابا باسهال قوى كثير كانت مواده فى الابتداء مصفرة ثم صارت مبيضة رغوية وكان نحيفا ممتقع اللون ضعيفا جدا ومعه عدد كثير من نتوات بارزة فى الفم وكان اللسان جافا بدون احمرار فيه والاطراف باردة والنبض ليس فيه كبير اهتمام (وعلاجه الارز المحلى واللبن الممزوج) وفى اليوم التاسع لم يزل

الإسهال مستمدا اما والبطن فيه بعض انتفاخ وصار الطفل يصيح قليلا وجثته مع ذلك مقطبة ايبوقراطية ويشاهد فى الفك السفلى نتوان للسنين القاطعين الاولين اللذين قرب اوان ثقبهما اللثة ويسيل من الفم لعاب كثير وذلك يحمل على نسبة العوارض التى مع الطفل للتسنين ثم مات الطفل فى المساء

ولما اريد فتح جثته وجد ظاهر جسمه هزيلا وفى الفم والمرىء والمعدة عدد كثير من اجربة صغيرة مبيضة قليلة البروز والغشاء المخاطى للمعا الدقيق منتقع اللون ومبذور فيه اجربة كثيرة ووجد اربع عشرة ضفيرة ظاهرة الوضوح لكنها غير ملتهبة فى الثلثين الاخيرين من اللفائفى ولم يوجد فى الاعور الابعض اجربة ووجد قولون منتقع اللون كالمعا الدقيق واما الرئتان والمخ فليس فيهما شئ فالجهاز الجرابى وان كان ناميا جدا الا انه غير ملتهب فى هذا الطفل والاسهال الكثير والنحول اللذان شاهدناهما انما كانا ناشئين من الافراز الكثير للقناة المعوية

وهذا الداء يكون فى الاطفال اثقل اذا كان مضاعفا بالالتهاب المخي او الفمى القلاعى او الغلالى كما يشاهد ذلك كثيرا فى زمن التسنين فالاطفال يموتون حينئذ فى زمن قليل وحيث كانت هذه الاستفراغات الكثيرة غير مصحوبة بالتهاب خالص كما شاهدنا جاز ان يكون من النافع ابها ان تقاوم بالمشروبات القابضة قليلا قال بليار ولا يتيسر لى ان اذكر هنا بالضبط كيفية المعالجة التى يلزم اتباعها لان التجربة لم تساعدنى على استعمالها ولا على مشاهدة شئ منها

وقد يصير الجهاز الجرابى فى احوال اخر كالجلى ايضا مجلسا لالتهاب واضح كما يشاهد ذلك فى البالغين قال بليار والطبيب دينيس هو اول من شاهد المعوى الجرابى فى الاطفال وكثيرا ما شاهدته ايضا فى دراستى فى بيت اللقطاء وحققت صحة ما شرحه دينيس وبالجملة قد ثبت من التفتيش والابحاث والمشاهدات الجديدة فى يومنا هذا ان كلا من هذين النوعين من الاعضاء قد يلتهب على حدته من تأثير اسباب مخصوصة فيحصل من ذلك جملتان من

الاعراض متميزتان عن بعضهما ولذلك اخترنا تبعا للمحققين الآن ان هنالك نوعين من الالتهاب المعوى بالنظر لذلك احدهما المعوى الخلى والثانى المعوى الجرابى ولكن لا ندعى ان فى الاول من هذين الالتهابين يكون الملتهب هو الخلل وحده ولا فى الثانى ان الملتهب هو الاجربة وحدها وانما نكتفى بان نقول ان ذلك هو الاكثر واذا لم يكن الالتهاب قاصرا على واحد منهما كان التهاب احدهما هو المتسلطن بحيث يطبع الهيئة المخصوصة به فى الداء وهنالك نوع ثالث يستدعى شرحا مخصوصا وتحير الاطباء فى محل وضعه فى سلم الامراض وهو ان يخرج من المريض مع المواد الثفلية مقدار كثير من اغشية كاذبة ولنسم ذلك بالمعوى الغشائى الكاذب ولنأخذ فى تمييز النوعين الاولين عن بعضهما باختصار فنقول

اما المعوى الخلى فلا يختص بسن دون آخر ولا بنوع دون آخر ولا بمزاج دون آخر وانما المزاج العصبى القابل للتهيج هو المعرض له اكثر من غيره وعلى ما علم من وظيفته يمكن ان يظن ان هذا الداء يحصل من تأثير الاسباب التى توقظ الحساسية فى الغشاء المخاطى المعوى كالحوامض وسوء الهضم والاغذية الثقيلة والمنبهات والاجسام المسمة ولاسيما كثرة مقدار الاغذية المنبهة على المعدة وربما حصل ذلك الالتهاب سريعا من ازدراد مشروب بارد ثلجى وقد يحصل من وجود الم فى محل بعيد وربما نشأ من الاسباب المحدثة للمعوى الجرابى كالتسنين وغيره لكن ذلك انما يحصل غالبا فى العصبيين الذين معهم الغشاء المخاطى المعوى قوى الحساسية

واعراض هذا المعوى الخلى تختلف باختلاف شدة درجته وحدته اوزمانته ففى الحالة الحادة اذا كان متوسط الشدة يظهر غالبا الاعراض الآتية وهى توتر البطن وانتفاخه وزيادة حرارة فى الجدران اكثر من حرارة بقية الجسم واحيانا الم عميق يظهر بالضغط على الحفرة الحرقفية اليمنى لكن هذه العلامة انما تكون بالاكثر فى المعوى الجرابى واما الذى نحن بصدده الآن فالغالب ان البطن يكون فيه غير متألم من الضغط ويحصل للمريض مغص تختلف

شدته ويوقظه غالبا ازدراد الاشربة الباردة ويزيد من الجواهر الغذائية وسيما المأخوذة من الحيوانات كالامراق ويندر ان يصحبه الاسهال ويحصل منه هبوط تام فى القوى العضلية واحساس بحرارة شديدة فى الامعاء وامساك شديد وقد يتقطعه بعض اسهال صفراوى قصير المدة وكثيرا ما يخرج من المرضى رياح ويكون معهم قراقر تسبق الاسهال الصفراوى البرهى المذكور والبول يكون فى الغالب قليلا وفيه رسوب وينضم لهذه الاعراض الموضعية جفاف الجلد وخشونته وبياض اللسان او اصفراره من المركز واحمرار حوافيه وطرفه وشدة العطش وفقد الشهية ومرارة الفم واصفرار الوجه وسيما حول الشفتين وجناحى الانف او يكون ذلك الوجه ترابيا ماعدا اوقات النوب فان الخدين حينئذ تتلون ويكون النبض صغيرا متواترا اذا كان هناك اسهال وصلبا قليل الامتلاء فى حالة الامساك وهذا الصنف من المعوى الخلى شرحه المتقدمون مسمى بالتلبك المعوى البسيط او الصفراوى

فاذا اكتسب هذا الداء درجة عالية او ابتدأ كذلك كان مصحوبا باعراض اكثر ثقلا وعددا بسبب السمباتيات اى الاشتراكات التى يوقظها وسيما اعراض المخ فمع الحرارة المحرقة والحساسية القوية فى البطن والعطش الشديد وقلة البول واحمراره وتركزه وعسر اندفاعه وحيوية النبض وتواتره وجفاف اللسان واحمراره او سمرته يزاد القلق والضجر واهتزاز الاوتار والانزعاج المستدام والاعراض المخية من الصداع والهذيان والصياح والتهيج والسهر وتكون الاعين محمرة ذوات شرر وغير ذلك من الاعراض العصبية ويعرض خصوصا فى الاطفال الصغار حركات تشنجية وهذا الصنف طال ما كانوا يسمونه بالحمى الخبيثة او العصبية او المخية او الغير المنتظمة وبغير ذلك من الاختلاطات التى كانت عندهم ويشاهد بالاكثر فى الاطفال الذين معهم اشتراك قوى بين المعدة والمخ اذ لا يشك فى اصابة المخ عندهم من تأثير الالتهابات المعدية المعوية والمعوى الخلى يندر ان يبتدأ فجاءة بالشدة المذكورة ولا يظهر كذلك الا اذا انشأ عن سبب قوى كازدراد جواهر مهيجة جدا اما فى معظم الاحوال فتبتدأ

الاعراض

الاعراض بخفة ثم تأخذ فى الزيادة تدريجا حتى تبلغ صنفا من الصنفين السابقين وسير الالتهاب المذكور ليس سريعا فى غير الحالة التى يكون فيها نتيجة الجواهر المسمة او يكون مصحوبا باعراض مخية فاذا لم يكن هو شيأ من ذلك انتهى فى نحو ثلاثة ايام فيمكن ان تقول ان هذه المدة هى اقل مدده ومدته المتوسطة من خمسة عشر الى عشرين والطويلة الى اربعين وينتهى غالبا بالتحلل واحيانا اذا اهمل او عولج علاجا غير مناسب انتقل الى الازمان ولا يهلك الا اذا استولى استيلاء وبائيا

ويعرف فى حالة الازمان بخفة الاعراض السابقة كلها قليل خصوصا حول السرة يستيقظ من ادنى انزعاج ويأخذ فى الشدة بعد ازدراد الاغذية ببعض ساعات ويحصل للمريض القلق والانزعاج والعطش وغير ذلك من الاعراض السابقة لكن بخفة غير ان هذا الالتهاب المخلى فى الاطفال الصغار له صفات مخصوصة فيهم غالبا يكون مصحوبا باسهال مواد زلالية او مخضرة ويسبب احيانا احتقانا التهابيا فى العقد الماساريقية ويكون البطن فى الغالب منتفخا متوترا بحيث لا يتوافق كبر حجمه مع نحول الاطراف ويظهر على هؤلاء الصغار حزن وسبات متى مرت الاغذية فى المعا الدقيق اعنى بعد تعاطى الغذاء بساعة او ساعتين ويصحب هذه الاعراض فيهم كما قلنا سابقا العطش الدائم وبقية الاعراض السابقة من حرارة الجلد وجفافه والالم البطنى وتواتر النبض وغير ذلك والمدة المتوسطة لهذا الداء المزمن لا يمكن تحديدها ولو على سبيل التقريب اذ قد شوهد دوامه مدة طويلة بل سنين بدون ان يهلك المرضى فانذاره ليس رديئا فى الغالب مادام لون الجلد باقيا او غير زائد التغير والهضم سائرا جيدا رجى شفاؤه فاذا كان النحول زائدا وصار لون الجلد كلون الشمع والهضم عسرا والبراز ترابيا او مبيضا كان هناك ايضا رجاء للنجاح فاذا حصل اسهال مادة سائلة كثيرة مع انصباب بعض مواد فى تجويف البطن واحتقان قديم للغدد الماساريقية كان الموت نهاية ذلك

وفى فتح رمة من مات بالمعوى المخلى الحاد يوجد الغشاء المخاطى المعوى احمر

محتقنا واحيانا تخينا سهل التمزق ويرفع على هيئة صفائح عريضة حمراء ثخينة مدممة ويوجد الحلل احمر منتفخا بارزا امافى حالة الازمان فيوجد الغشاء قاتم الاحمرار مائلا للسمرة والحلل بنفسجيا مسمرا بل قد يكون اسود بالكلية ولا تميز فيه اوعية شعرية محتقنة كما فى الحالة الحادة لان لون الغشاء يغطى ذلك فاذا طالت مدة الداء وجدت اجزاء من الغشاء متآكلة وفى محلها قروح مبذورة فى ذلك الغشاء حوافيها مبرية وعمقها مزرق وهى محاطة بهالات حمر ولا ينبغى اشتباه هذه القروح بما يشاهد فى المعوى الجرابى الذى سنذكر صفاته

وعلاج هذا المعوى الحلى الحاد يكون بمضادات الالتهاب كالمشروبات المحللة والكمادات المرخية والتدبير الغذائى الجيد وجميع ما سنذكره فى علاج الالتهاب المعوى عموما فان كان فيه بعض شدة كفى لزواله جودة الغذاء بان يمزج للطفل اللبن ويسقى بعض مشروبات صمغية اولعابية والحمية هى اساس العلاج حتى ان حمية يوم اويومين للاطفال الصغار لها تأثير عظيم جيد كذا قال بعض المحققين ونقول ان ذلك عسر على الاطفال فالاولى مزج اللبن لهم بالمغليات المرخية ويقال ايضا ان مما ينفع للاطفال المصابين بهذا المعوى الحلى الحاد استعمال الاستحمامات عكس البالغين فانها لا تنفعهم الا قليلا والالتهاب المزمن يستدعى نفس هذه الوسائط وتكون الاغذية من اللبن والسكر والدقيق والهلام والامراق ونحو ذلك والاستحمامات هنا انفع مما فى الحاد ويزاد فى قوتها بان تصنع من المغليات المرخية

واما المعوى الجرابى فهو الذى سماه المتقدمون باسماء كثيرة على حسب ما كانوا يتوهمون من طبيعته كالحمى العفنة وسونوخوس والحمى التيفوسية والمخاطية وغير ذلك واسبابه كاسباب الحلى والاطفال كالنساء وذوى المزاج اللينفاوى والجلد الرقيق الشديد البياض والشعر الاشقر معرضون له اكثر من غيرهم فنى هؤلاء يكتسب شدة وثقلا واضحا فهذا اول فرق بينه وبين الحلى المشترك فيه جميع الناس كما سبق ويختلف عنه ايضا فى انه يدل ان يظهر مثله من تأثير ما ينبه الحساسية كالارواح والمتبلات ونحو ذلك ينتج عادة من منبه الافراز

المعوى

المعوى سواء اثر مباشرة على اعضاء هذه الوظيفة او بواسطة بتقليله الفعل الافرازى من الجلد ولذلك كان من الاسباب المهيئة له السكنى فى المحال الرطبة اوفى حرارة باردة رطبة مدة طويلة ولذلك يتولد فى البالغين من تأثير المسهلات والاغذية الرديئة الصفة كالتى حصل لها مبادى تخمر والفواكه الغير النضيجة والتغذية من الجواهر التى جرت العادة بعدم استعمالها وبعض المؤلفين جزم بعدوى هذا الالتهاب الجرابى لكن ذلك يحتاج لمشاهدات جديدة تقويه

والعلامات هى حصول تكدر فى الوظائف الهضمية كفقد الشهية وبعض مغص وبعض اسهال ينقطع ويعود وضعف وتكسر فهذه علامات مقدمة تسبق ظهور الداء واحيانا تظهر اعراض التلبك المعوى المخاطى التى ذكرها المؤلفون وذكرناها فاللسان يكون مغطى بطلاء مبيض والشهية معدومة والهضم بطيأ خصوصا الاغذى بالالبان والادقة وتسمع قراقر ويحصل مغص خفى ثم تارة يحصل امساك وتارة اسهال وفى تلك الحالة الثانية تنزل مادة مخاطية مع البراز والنبض يكون لينا بطيأ والبول متكدرا

وقد يكون الداء من الابتداء موصوفا بالصفات الخاصة به وهى ماسيذكر فالبطن يكون قوى الاحساس بالضغط والشهية معدومة ويستشعر المميز بطعم حامض وتعجن فى الفم الذى يكون غالبا مصابا بالقلاع ويكون على اللسان طلاء سنجابى او ابيض ليمونى وفى حوافيه وطرفه بعض احمرار ويوجد عطش قليل ونتن فى النفس وقلس حمضى ومغص وقئ واحيانا يعقبه براز مخاطى قد يحتوى احيانا على ديدان صغيرة مستديرة والنبض يكون صغيرا ضعيفا متواترا واحيانا بطيأ وحرارة الجلد لا ترتفع عن الحالة الاعتيادية ويحصل زمنا فزمنا عرق يكون فى الغالب حمضيا ويفقد لون الجلد ويوجد ايضا ضعف وسقوط عظيم والبول يكون ثخينا كدرا ابيض او محمرا ويرسب منه فى قعر الاناء راسب سنجابى اوطوبى فاذا شاركت المعدة الامعاء فى الالتهاب كان هناك تألم فى القسم الشراسيفى وانتفاخ وغير ذلك من اعراض الالتهاب

المعدى المعوى وهذا الصنف الذى هو المعوى الجرابى هو الذى يسمى على الخصوص بالحمى المخاطية

وهنالك صنف آخر من المعوى الجرابى وهو ان يكون الالم البطنى شديدا جدا ولا يحس به الا فى القسم الاعورى عند الضغط عليه ويغطى اللسان بمادة سنجابية مسودة ويكون الفم جافا كالاسنان والعطش شديدا والنبض يكاد ان لا يكون فيه تواتر مدة النهار ويظهر من السحنة هيئة الضعف والحزن ويكون اللون منتقعا كابيا وسيما حول الشفتين وجناحى الانف وينام المريض على ظهره ويكون جلده جافا خشنا وبالجملة تكون الحالة فى النهار حالة خدر ثم اذا دخل المساء تواتر النبض وصار الجلد حارا والصلبة محتقنة ويصحب ذلك هذيان ويدوم ذلك طول الليل

فاذا كانت درجة الشدة اعلى من ذلك كان الالم البطنى اشد وانتفاخ البطن اعظم بحيث قد يمتد الانتفاخ الى جميعه ويكون البراز مصليا نتنا والبول قليلا والاسنان جافة هبابية ويغطى اللسان بطلاء مسمر سطحى كانه غبارى واحيانا يكون طبقة سوداء سميكة ويكون العطش شديدا والسحنة تعلن بالهبوط والحزن الزائد ويكون لون الوجنتين بنفسجيا مزرقا والاعين ذابلة غائرة محتقنة دائما والاعراض المخية مستدامة والجلد جافا خشنا واحيانا يغطى بنمش والنبض متواترا ضعيفا ويوجد اهتزاز فى الاوتار وتزيد الاعراض فى الليل والبول يكون قليلا وجميع اجزاء الجسم التى حصل فيها سلوخ او عرضت لانضغاط شديد من طول النوم عليها كالقسم العجزى يكون فيها ميل زائد للغنغرينا وهذان الصنفان الاخيران هما اللذان تقوم منهما الحمى المعوية المسماة تيفية عند بتيت وسير

فاذا مال الداء للانتهاء المحزن زادت جميع العوارض السابقة وصارت هيئة الوجه ابيوقراطية واضطربت الوظائف المخية زيادة اضطراب وذهل المريض بالكلية وذبلت عيناه وشخصتا الى الاعلى وجفت خياشيمه واغبرت حوافيها بغبار سنجابى واضطرب اللسان وبقى الفم منفتحا تتصاعد منه رائحة نتنة وبردت

الاطراف وهبط البطن الذى كان منتفخا وعدمت حساسيته بالضغط وغطى الجلد بغش بنفسجى وتغنغرت الحال التى ذكرناها ثم يصير النبض متواترا ضعيفا دوديا ويتعطل التنفس ويموت المريض وقد لا يحصل الموت بتلك الكيفية وانما قد يتفق فى سير الداء بدون سبب معروف ان البطن ينتفخ دفعة ويصير شديد الحساسية من ادنى ضغط وتتغير السحنة حالا بسرعة ويدوم المريض على الصياح وتتلف حالة النبض فيحصل الموت وكل ذلك فى اربع وعشرين ساعة ويكون ذلك الموت السريع ناشئا من انثقاب المعا من عمق قرحة فينتج من ذلك انسكاب مواد سائلة فى البريتون فيلتهب التهابا شديدا فجائيا وتظهر الاعراض المهولة التى ذكرناها واحيانا اخر ينتفخ البطن دفعة ويصير النبض ضعيفا صغيرا جدا ويغطى الوجه بعرق بارد وتبرد الاطراف وتزول جميع آلام المريض ثم يموت بدون آلام وبدون نزع ففى هذه الحالة ينفتح شريان عظيم الحجم فى عمق القرحة والالتهاب المعوى الجرابى المزمن ليس له اعراض مخصوصة ولا يختلف عن ماذكرناه فى المعوى الخلى المزمن ثم من الزائد الغير المحتاج اليه ان نذكر مقابلة اعراض هذين النوعين من الالتهاب المعوى ببعضها لتميزا لان القارى يسهل عليه فعل ذلك بنفسه وانما نقول على سبيل الاختصار ان هذه الفروق توجد منحصرة فى قولنا ان الحمى الصفراوية والحمى الغير المنتظمة عند المؤلفين ينسبان للالتهاب المعوى الخلى واما الحمى المخاطية والحمى الدقية فينسبان للمعوى الجرابى لكن ينبغى مع ذلك ان يعترف بانه ليس دائما سهلا ان يميز على اسرة المرضى احد النوعين عن الآخر فكثيرا ما يتفق ان الخلل والاجربة تشترك فى الالتهاب فينتج من ذلك اختلاط الاعراض فلا يكون التشخيص اكيدا مع ان هذا التمييز عظيم الاهتمام من جهة العمل

وسير الالتهاب الجرابى المتوسط الشدة بطئ ومدته اطول من المعوى الخلى المساوى له فى الدرجة ومثل ذلك ايضا اذا قوبل هذان الالتهابان وهما فى اعلى درجة من الشدة فاذا اعبرنا عنهما الاجل الاختصار بالفاظهما عند القدماء

نقول ان الحمى المخاطية تكون ابطأ سيرا او اطول مدة في الغالب من الحمى الصفراوية ويقال مثل ذلك في الحمى الدقية اى الضعفية اذا قوبلت بالحمى الغير المنتظمة ويقال ان المعوى الجرابي في الدرجة الاولى اثقل من المعوى الخلى في تلك الدرجة وكذا يقال في المعوى الجرابي الضعفي بالنسبة للمعوى الخلى الغير المنتظم وسبب هذه الفروق موجود في طبيعة الآفات التشريحية المخصوصة بكل منها فان الاجربة المخاطية التى هي قليلة الوضوح يلزم في ذلك ان تجتاز ادوار الالتهاب ببطء زائد اكثر من الخلل الذى هو اعضاء قابلة للتهيج بالذات والاجربة متى انتفخت استدعى رجوعها للحالة الاعتيادية زمنا اطول مما يستدعيه الخلل الذى لم يكابد الا احتقانا عظيما في اوعيته فالفساد الذى يتسبب في الغشاء المخاطي والماسار يقا من التهاب الاجربة يكون اثقل مما يسببه التهاب الخلل وذلك لاننا شاهدنا ان التهاب الخلل لا يحصل منه عادة الا احتقان وتلون ونقص في قوام الغشاء المخاطي وفي بعض الاحوال تأكل وتقرح في هذا الغشاء والفساد الذى يسببه التهاب الاجربة يكون اثقل من ذلك ففي الابتداء ينتفخ الغشاء فتظهر هيئة صفائح شكلها بيضاوي محدود وتكون اوسع واسمك واكثر عددا كلما قربت النهاية اللفائفي وهي مكونة بالنظر لمنظرها من اجربة كبر حجمها ويوجد في فتح الجثة كل من هذه الاعضاء الصغيرة مملوأ بمخاط كثيف او صديدا او مادة جبنية وفتحاتها هي النقط التى تشاهد منضغطة على الغشاء ثم فيما بعد يزيد سمك هذه الصفائح وبعض الاجربة سواء كان منعزلا او في مركز الصفائح او مترا كما على بعضه يكتسب نموا عظيما فيكون على شكل بثور مستديرة غالبا واحيانا تنفقع من سطحها او ينكشف مركزها تارة عن لون وردى او اسود من الاحتقان وتارة عن سطح منتقع او احمر فطرى رخو محاط بهالة التهابية وحجمها يختلف من عدسة الى ما يكون طوله قيراطا او قيراطين وعرضه نصف قيراط وكل جراب يتحول الى قرحة صغيرة او تختلط جملة من تلك القروح ببعضها وفي هذه الحالة الاخيرة تكون حافة القروح مقطوعة بانحراف ثم تارة تكون

مستديرة

مستديرة وتارة غير مستديرة وهي متكونة من الغشاء المخاطي نفسه واحيانا
من البريتون واحيانا يوجد في عمق القروح وحوافيها اوعية بعضها تالف
وبعضها سليم ولذلك رأينا كما سبق في العلامات انه قد يحصل منها نزيف
مهلك فتوجد الامعاء مملوءة بدم اسود سائل نتن واحيانا يسقط الجراب
المنتفخ في الغنغرينا وينفصل حينئذ على هيئة ام القيح الخارجة من دمل
وقد تنفصل الصفيحة المنتفخة كلها على صورة خشكريشة واحيانا يصاب
جزء من الغشاء المخاطي نفسه بالغنغرينا وتبقى الاغشية الاخر للمعاسلمية
وكثيرا ما يوجد المعا مثقوبا بسبب هذه الغنغرينا ولكن الغالب وجدان
القروح وحدها والغشاء المخاطي بين الحبوب او البثور او القروح يكون
احيانا منتقع اللون كما في حالة السلامة واحيانا يكون شديد الاحتقان
وفي مدة حصول هذا الانخرام تشترك العقد الماساريقية المقابلة للاجربة
الملتهبة في هذا الالتهاب فاولا يزيد حجمها وتكتسب لونا ورديا ثم لا تزال آخذة
في ازدياد الحجم وشدة الاحمرار ونقص قوة التماسك ثم بعد ذلك ينقص حجمها
وتلين ويصير لونها كدردي النبيذ ولم تلبث قليلا حتى تصير لبنية ملونة باللون
المذكور واذا طال زمن الالتهاب حصل في معظم تلك العقد ضمور ومنها
ما يتحول الى اكياس بعضها يوجد فيه مادة شبيهة بصديد مخلوط بدم وبعضها
مادة بيضاء زبدية وبعضها صديد متجمد درني وحجم هذه العقد يختلف حتى ان
منها ما يبلغ بيضة حمامة

وفي تلك الانخرامات يتضح لك ثقل اعراض الالتهاب المعوي الجرابي واذا
تأملنا في الاهتمام بالوظائف التي تممها الغشاء المخاطي المعوي وفي التأثير
العظيم الذي تفعله الاعضاء الرئيسة منه في الصحة او في المرض وشوهد
ان الالتهاب المعوي الخلي ينتج عنه باتفاق جميع الاطباء اعراض ثقيلة
مع انه يصح ان يقال فيه انه سطحي نظرا لمحل الخلل من الغشاء لم يستغرب
من تعمق الالتهاب في نفس هذا الغشاء اى من الفساد الناشئ منه لما ان الاجربة
نافذة في جميع سمكه بل معظمها قاطن في الغشاء الليفي الموضوع تحته فمن ذلك

كله تحدث العوارض الثقيلة التى تصاحب المعوى الجرابى ومعظم الاطباء الذين كتبوا على هذا الداء كالطبيب بتيت وسير وغيرهما يجعلون التغير المعوى منشأ لجميع العوارض فيكون العنصر المهلك ناشئا من المعا وامتص حتى الهب اولا العقد الماساريقية ثم افسد عموم الاجزاء الصلبة والسائلة واما بريطونوس الذى هو اول من عين مجلس الالتهاب فى غدد بير وصفحات برونير اعنى فى الاجربة المخاطية فجعل لهذا الالتهاب طبيعة مخصوصة كالجدرى مثلا وسماه ببثور الامعاء اوازرار الامعاء وقال انه داء فى جميع البنية مع اصابة خاصة للمعا اونقول وهو الاحسن مع آفة فى الاجربة المنعزلة اوالمجتمعة المنتشرة فى الثلث الاخير من اللفائفى وهو داء يصحبه اندفاع معوى لانه مرض مسبب من هذا الاندفاع لانه لايمكن ان تخصم وحدها الظاهرات المرضية التى يقوم منها عن الالتهاب المعوى بدون ان يقع الانسان فى خطا فاحش ثقيل انتهى وتابعه على ذلك فلبوس وتروسو وكروفلير وغيرهم قال الطبيب روش ومع كل ذلك عندى غلبة يقين على ان جميع الاعراض للمعوى الجرابى ناشئة من آفة معوية وينبغى لاجل منع الرأى المخالف ان يفرض كما قاله بريطونوس ان للداء طبيعة مخصوصة ولذلك تيسر ان يولد بالاختيار فى الكلاب بان يغذون بلحوم عفنة ولايسقون الا الماء الفاسد النتن ويقهرون على المكث فى الاماكن المظللة الرطبة التى هواءها ممتلىء من الابخرة الرديئة الفاسدة الآتية من اغذيتهم العفنة وفضلاتهم القذرة ومع كل ذلك قال بعض المحققين لابد لتأكيد هذا الرأى المقبول الآن من ابحاث جديدة

وقال بليار من المعلوم ان التهاب الجهاز الجرابى يحصل منه فى البالغين اعراض مشابهة للاعراض التى ذكروها للحمى العفنة والدقية وذلك فى الحقيقة هو ما اثبته بتيت وسير سابقا واثبته عن قريب بريطونوس والمشاهدات التى اشتهرت عموما تقوى هذا الرأى لكن ليس مثل ذلك فى الاطفال الصغار من كل وجه فانى فى عشرين حالة من التهاب الجهاز الجرابى المعوى فى اطفال سنهم من بعض ايام الى شهرين لم اشاهد الا الاعراض الاعتيادية

للالتهاب المعوى ولم يكن معهم زيادة على ذلك تضاعف مخى ولا اعراض منسوبة للعفونة مع انه يوجد فى جثثهم الآفات التشريحية التى توجد فى جثث البالغين بخلاف الاطفال المتقدمين فى السن فان هذا الداء يشابه فيهم ما يوجد فى سن متقدم عن ذلك ولنذكر مثالين يعلم منهما هذا الفرق ويعلم منهما ايضا الآفات التشريحية المنسوبة لهذا الداء وقد ذكرنا معظمها بل كلها قريبا احدهما طفل انثى عمرها اربعة وعشرون يوما دخلت المارستان فى السادس والعشرين من جنفير وكانت منتقعة اللون وفيها بعض هزال واعتراها منذ يومين اسهال مواد خضراء زائدة الكثرة وكان البطن متوترا يتألم بالضغط عليه واللسان احمر فى طرفه وشديد الجفاف فى قاعدته والجلد شديد الحرارة والنبض كالحالة الطبيعية (والعلاج الارز المصمغ وضماد على البطن والحمية) وفى السابع والعشرين تقيأ الطفل مشروبه ولم تزل حالته العامة كما سبق وصار يأخذ فى الهزال تدريجيا وفى اليوم الاول من فورير كاد القىء ان ينقطع ودام الاسهال وتوتر البطن والهزال وظهرت غضون كثيرة فى اصل الانف والسحنة التى كانت الى الآن غير دالة على شىء صارت معلنة بالالم وفى الثامن كانت الحالة العامة كالسابق وتقدم الهزال ودام الاسهال وصارت مواده مصفرة واحيانا مخضرة (العلاج الارز المصمغ والاستحمام) ومن الثامن الى السادس عشر كان سير الاعراض سريعا وحصل هبوط تام زائد وتقعر فى الخدين وبروز فى عظم الوجنتين كما فى العجائز وتكرشت الجبهة بتكاميش كثيرة وصار الجلد كالحا ترابيا والصياح ضعيفا جدا وحصل الموت فى التاسع عشر وفى فتح الجثة فى اليوم التالى وجد ظاهر الجسم منتقعا مهزولا جدا فى جميع الاجزاء ووجد الفم والمرىء سليمين والمعدة فيها تلون وردى قليل ووجد بعض حزوز حمر مستعرضة فى محاذاة الاصمة البارزة فى المعا الدقيق حيث وجد هناك ازرار كثيرة حمر بارزة وبعض منها ابتدأ فى التقرح من قمته ووجد ثمان صفائر جرابية شديدة الانتفاخ والاحمرار فى آخر اللفائفى والصفيرة التى هى فى نهاية هذا المعا فيها بعض سلوخ وتدم على سطحها المغطى بمادة مخاطية سميكة لزجة

واما الاعور فسليم ووجد فى آخر قولون حزوز حمر عديدة متقاربة ومواد مخاطية صديدية الشكل ملتصقة بسطح الغشاء الباطن ووجدت الكبد مسودة ومملوءة بالدم الاسود الكثيف والمرارة محتوية على صفراء مدممة سائلة والحافة الخلفية للرئة اليمنى محتقنة بالدم والمخ شديد الاحتقان وجوهره شديد الوردية وبطونه محتوية على مصل كثير وقد علمت ان هذه الطفلة لم يوجد فيها حال الحياة الا اعراض الالتهاب المعوى لا غير بخلاف المشاهدة الآتية كما سترى

المثال الثانى طفل عمره ثلاثة عشر شهرا دخل المارستان فى الثانى عشر من سبتمبر وكان معه منذ ايام اضطراب وسهر بحيث لا ينام وكانت حدقته متسعة واللسان احمر جافا والجلد شديد الحرارة والنبض زائد السرعة ولم يكن معه اسهال ولا قىء (علاجه شعير مصمغ وحمام قدمى مخردل وضماد على البطن وثلاث علقات على القسم المعدى) وفى الثالث عشر عرض اسهال كثير لمواد خضراء سائلة وكان فى البطن قليل توتر وقل صياح المريض بحيث يظهر ضعفه وهبوطه ومن الثالث عشر الى العشرين لم يحصل تغير فى الاعراض وفى الاحد والعشرين قلت كثرة الاسهال وعرض بعض تقايى وفى الثالث والعشرين تعب التنفس وحصل للطفل انحطاط وتعب يعسر شرحه وعبس وجهه وتكرشت جبهته تكرشا كثيرا حتى صار ذلك باقيا بعد الصياح ايضا وظهرت دائرتان حمراوان على جناحى الانف وصار النبض يضرب من تسعين الى مائة فى الدقيقة وفى الرابع والعشرين كانت الحالة العامة كما ذكر وصارت مواد البراز نتنة جدا والطفل لم يزل هابطا ساقطا فى الذبول وضعف نبضه ضعفا محسوسا مع ان الجلد لم يزل حافظا لحرارة شديدة وفى الخامس والعشرين زاد الضعف وانحطاط القوى وصارت السحنة ايبوقراطية وحصل اضطراب تشنجى فى كرة العين وصارت لدغات العلق بنفسجية وتقرحت وسال من مركزها صديد مدمم ومات الطفل فى مساء السادس والعشرين وفتحت جثته فى صباح السابع والعشرين فاما ظاهره فيعلوه الذبول والانتقاع العام

وكان

وكان معه فى العجز خشكريشة واسعة تبلغ نصف الريال الفرانسا ووجد الفم والمرىء سليمين وفى المعدة احمرار خفيف وفى الاثنى عشرى واللفائفى عدد كثير من غدد حمر منتفخة وبعضها مفتوح الفم وفيه تقرح سطحى فى المركز ووجد فى آخر اللفائفى ثنتا عشرة ضفيرة جرابية شديدة الاحمرار والانتفاخ وفى قولون والاعور كثير من اجربة منعزلة فى حجم حب الشهدانج وبدل ان تكون حمراء كما فى اللفائفى كانت محاطة بدائرة مزرقة والجهاز الدورى والتنفسى ليس فيه شئ عظيم الاعتبار ووجد المخ محتقنا وفى بطونه بعض مصل متكدر واما النخاع فسليم

قال بليار قد اخترت هذين المثالين من امثلة كثيرة اجتنيتها لان فيهما بالنظر للاعراض تخالف وتضاد عظيم الاعتبار مع ان بينهما تشابه واضح بالنظر للآفات التشريحية لكن اختلاف السن فى الطفلين يوضح يقينا اختلاف الاعراض فانا نشاهد دائما ان اعراض التأثير الثانوى اعنى الاعراض التابعية الاشتراكية تكاد ان تكون معدومة فى الاطفال الصغار وان كانت الآفة فيهم عظيمة الثقل ولكن كلما تقدمت الاطفال فى السن شوهدت تلك الاعراض المنسوبة لهذا الارتباط الاشتراكى الموجود بين الاعضاء المختلفة من الجسم وسنوضح جيدا ذلك عندما نتكلم على امراض الجهاز المخى الشوكى ويكفينا هنا من ذلك ما ذكرناه

وقد نتج من الامور الواقعية ومن الاعتبارات التى ذكرناها ان الالتهاب المعوى الجرابى لا تتميز اعراضه عن المعوى الاعتيادى الا فى الاطفال المتقدمين فى السن اما المولودون قريبا فالتهاب الغدد المخاطية للقناة المعوية فيهم وان كان كثيرا لا يحصل منه اعراض عظيمة الاعتبار فى سيرها وصفاتها الخاصة ومضاعفاتها ولا يحصل منه العوارض المخصوصة التى يقوم منها الداء المسمى عند سير وبتيت بالحمى المعوية الماساريقية وعند بريطونوس بالازرار المعوية الا فى الاطفال الذين سنهم سبعة اشهر او ثمانية الى عشرة تقريبا والالتهاب المزمن لهذا الجهاز الجرابى يشاهد فيهم احيانا لكنه نادر

فى الاطفال الرضع ويعرض هذا الالتهاب خصوصا اذا كان هناك درن فى الرئة او التهاب واحتقان وفساد فى الغدد الماساريقية

النوع الرابع

الالتهاب المعوى مع فساد فى المنسوج

نذكر فى هذا القسم اللين الالتهابى فى الامعاء وغنغرينتها ولا يشتبه عليك اللين الالتهابى باللين الابيض للغشاء المخاطى المعوى فان الاول هو الذى نحن بصدده الآن فاذا مكث الغشاء المذكور مدة طويلة محلا لالتهاب نتج من تنبهه بذلك ان الدم يبقى ممسوكا فى منسوجه وفى المنسوج الخلوى الموضوع تحته فيكتسب ذلك الغشاء اولا درجة عظيمة فى سهولة التمزق بحيث يسهل جدا تمزيقه بالظفر فاذا ابقيت درجة ذلك التمزق فيه زمنا طويلا بسبب طول مدة فيضان الدم تلف ذلك الغشاء بحيث يكاد ان لا يوجد فيه اثر تركيبه الغشائى فاذا اجتهد فى فصله عن غيره من الاغشية وجده لاميا لينا محمرا وينبغى ان يعتبر هذا الفساد عظيم الثقل جدا خصوصا اذا كان شاغلا لسعة عظيمة من المعا قال بليار وجميع الاطفال الذين هم موضوع مشاهداتى فى ذلك كان معهم مدة حياتهم اعراض الالتهاب المعوى العظيم الثقل لكن لم يكن هناك علامة مخصوصة فى الظاهر يعرف من طبيعتها وجود هذا التغير فاذن اظن انه لا يلزم ان نذكر هنا امثلة ومشاهدات لذلك وانما يكفينا الشرح الاعتيادى الذى ذكرناه سابقا مرات كثيرة لاعراض الالتهاب المعوى الذى يكون هذا اللين من انتهاآته المحزنة

وغنغرينا الغشاء المخاطى المعوى تستدعى مزيد الاعتناء وتظهر على هيئات مختلفة فمن ذلك قد تتغنغر بعض قروح فى القسم اللفائفى الاعورى فتسود حوافيها وكأنها مدهونة بهباب كما يشاهد ذلك احيانا فى القلاعات المتقرحة من الفم وقد تتقرح بعض محال محدودة من الغشاء المخاطى وتتغنغر بدون ان يسبق ذلك التقرح التهاب خالص وانما يبتدأ كما شاهده كلوكيه بالكيفية الآتية وهو ان يظهر خط مسود يتغير الغشاء المخاطى حوله الى لب

سنجابى

سنجابى والخشكريشات التى تتكون حينئذ تسقط فينتج من ذلك قرحة حوافيها مقطوعة بانحراف وعمقها قد يفسد بحيث يسبب انثقابا تاما وهذا العارض ثقيل جدا لانه قد يحصل منه انصباب مواد معوية فى البطن لكن قد يتفق ان يحصل حينئذ التصاق سريع بين الامعاء فيمنع حصول هذا الانصباب كما ذكر ذلك بكلارز وكاوكيه قال بليار ولم اعثر على مشاهدة هذا النوع من التقرح الغنغرينى فى الاطفال الرضع مع ان كاوكيه شاهد ذلك فى الاطفال الصغار فى السن جدا واما الغنغرينا التى تحصل من افراط الالتهاب وتشغل سعة من المعا تختلف فى الاتساع فقد نشاهد فى الاطفال الصغار جدا ولنذكر مثالا من ذلك عظيم الاهتمام فى مولود شوهد معه مدة حياته الاعراض التى تنسب للدوسنطاريا وهو هذا

(التهاب معوى وغنغرينا قولون) طفل انثى عمره تسعة ايام صغير البنية ضعيف دخل المارستان فى اليوم السابع من نوفمبر ومعه احمرار عام فى الجلد وانتفاخ اوذيماوى فى الاطراف مع ان حرارة الجلد طبيعية وليس فى صياحه تغير والنبض منتظم ويضرب فى الدقيقة ثنتين وتسعين وحصل له اسهال كثير من مادة مخضرة وشوهد معه احمرار شديد حوالى الشرج وكان فى البطن بعض انتفاخ وفى الثانى عشر تخططت المواد الخضراء للاسهال بخطوط دموية واحيانا بمواد مسودة زفتية واما الحالة العامة فكانت كما سبق (علاجه الارز المحلى وحقنة نشائية ولبن ممزوج) وفى الثالث عشر نقص انتفاخ الاطراف وصار الوجه منتقعا وانجذب مجمع الشفتين الى الخلف اى الوحشية وتكرشت الجبهة تكرشا عميقا وكذا ما حوالى اصل الانف وصار النبض ضعيفا صغيرا للغاية والاسهال مخضرا دمويا مستداما كثيرا وسال من فمه زبد مبيض وفى الرابع عشر تبرز الطفل مقدارا عظيما من الدم وصار وجهه هزيلا كالحا عميق التغير وتقيأ المشروبات التى كانت تعطى له وسواها ايضا موادا مخاطية رغوية وبردت اطرافه واصفرت وتكرش بطنه وصارت نبضات قلبه فى غاية البطئ ومات فى المساء مع خروج مقدار عظيم من دم اسود سائل

وما قصبت جثته الا فى اليوم التالى فوجد فى ظهره واليتيه جملة اكدام وعلى لسانه طبقة مخاطية مصفرة مع احتقان شديد فى المرىء واحمرار نكتى فى المعدة ووجد الاثنى عشرى فى الحالة الاعتيادية وفى نهاية اللفائفى احمرار شديد مع انتفاخ وسهولة تمزق فى المنسوج المخاطى وتصعد دموى على سطحه واما الغشاء المخاطى للاعور وقولون فكان عظيم الاعتبار بسموكته واحمراره الشديد ووجدت سعته كلها مغطاة بالدم ولما ازيل هذا السائل وجد منظر الغشاء خشنا ينضح من سطحه الدم وذلك السطح محزز بشكاميش عديدة يوجد بينها خطوط عميقة منسلخة مسودة كالمحروقة بالحض التتريك وماعدا هذه الحزوز المسودة يوجد ايضا فى محال مختلفة من قولون عدد كثير من نكت اوكدم منظرها كذلك وكان الغشاء المخاطى فى محاذاة هذه النكت لينا رخوا بحيث انه اذا حك بالاصبع صار على هيئة لب هلامى وكانت هذه الهيئة ايضا عظيمة الاعتبار فى المستقيم الذى وجد مترا كما فيه مقدار عظيم من دم مخلوط ببقايا غشائية مسودة كالخشكريشات التى ذكرناها وانتشر من هذا المعا رائحة غنغرينية واضحة جدا ووجدت الكبد محتقنة بالدم والرئتان سليمتين والقصبات الجنينية منسدة والمخ شديد الاحتقان

فالمعوى القولونى وصل لاعلى درجة فى هذا الطفل وغنغرينا المعا كانت يقينا نتيجة التهاب وفيضان للدم فيه وكان الهبوط العام والنزيف المعوى هنا هما الصفات المخصوصة بهذا الالتهاب المعوى الذى كان معه ايضا الاعراض الاعتيادية لالتهاب الامعاء

فقد ذكرنا باختصار جميع اصناف التهاب الامعاء فى الاطفال وذكرنا حسب الطاقة الاعراض الخاصة بكل منها وبقى علينا الآن دراسة التهابات الغشاء المخاطى للمعا بالنظر لمجلسها فاعلم انهم من قديم الازمان ميزوا امراض المعا الدقيق عن امراض المعا الغليظ فقد ذكر سلسوس ان هذا التمييز حصل قبله من الطبيب ديوقليس الذى كان من تلامذة بقراط ونحن اذا قسمنا امراض القناة المعوية الى قسمين كان ذلك اتباعا منا للطريقة التى اسس عليها القدماء

من الاطباء اراءهم ومشاهداتهم والمهم لنا هنا هو البحث عن مسئلة وهى هل يسهل ان يميز مدة الحياة فى الاطفال الصغار التهاب المعا الدقيق عن المعا الغليظ والجواب عن ذلك يكون بالامور الواقعية والمشاهدات قال بليار اول ما اقول انه لم يتيسر لى ان اضع فى الاطفال الرضع فرقا قاطعا بين التهاب الاثنى عشرى والتهاب الباقى من المعا الدقيق فاذن نسمى تسمية عامة بالمعوى التهاب جميع المعا الدقيق ونسمى بالقولونى التهاب المعا الغليظ ولقد شاهدت ثمانين مثالا من التهاب القناة المعوية مع غاية الانتباه منهم ثلاثون مثالا من المعوى القولونى وستة وثلاثون من المعوى فقط واربعة عشر من القولونى فقط

ففى عشرين من الثلاثين مثالا من المعوى القولونى كان هناك اسهال مواد مصفرة واحيانا مخضرة والعشرة الباقية لم يكن فيها اسهال وشوهد فى الجميع انتفاخ البطن الذى كان يتألم كثيرا اوقليلا بالضغط وكان فى اثنى عشر من هؤلاء الثلاثين طفلا تقايى مواد مصفرة مع انه لم يكن معهم التهاب معدى وكان فى الجميع حول الشرج احرار ارتيماوى مختلف الشدة مسبب يقينا عن كثرة ملامسة المواد الثفلية وكثيرا ما كان اللسان احمر جافا والجلد شديد الحرارة كثير التكرش واما النبض فكان من النادر ارتفاعه الى الدرجة التى تدل عادة على الحمى بل كثيرا ما كان ضعيفا بطيأ

واما الستة والثلاثون مثالا التى كان فيها المعا الدقيق هو الملتهب باى نوع كان من الالتهاب فكان مع عشرين منهم تقايى سواء للمشروبات اوللمواد معوية وفى خمسة عشر طفلا من هؤلاء العشرين اصحاب التى كان محلس الالتهاب فى القسم اللفائفى الاعورى بل وفى الصمام الذى بينهما بحيث يمكن ان يكون الانسداد والانتفاخ فى هذا الصمام هو السبب لانقطاع سير المواد المعوية ونتج من ذلك التقايى وكان البطن دائما منتفخا الاعند ابتداء الداء وكان فى خمسة وعشرين مثالا اسهال مواد مصفرة وكثيرا ما كانت خضراء شبيهة بالعقى وكان اللسان احمر والجلد حارا والنبض قليل الاضطراب الافى طفلين مقدمين فى السن كان مع

احدهما التهاب شديد فى الاجربة المخاطية وشاهدت ايضا احمرارا شديدا حول الشرج فى الجميع

وفى الاحوال الاربعة عشر القولونية كان هناك دائما اسهال وكان انتفاخ البطن فى الغالب اقل عظما وما رأيت من هؤلاء الاطفال من تقايا الاسنة وكثيرا ما شاهدت فيهم اضطرابا عظيما وجفافا زائدا فى الجلد الذى كان فى الغالب باردا ممتقعا ولم يرتفع النبض كما كان فى الاحوال السابقة

وهؤلاء الثمانون طفلا الذين هم موضوع هذه الابحاث كان سن معظمهم من يوم الى ستة اشهر وبعضهم من ستة اشهر الى سنة ونتج مما ذكرنا انه يعسر جدا ان يميز فى الاطفال الرضع التهاب القناة المعوية بعضها عن بعض لكن يظهر ان العلامات الخاصة للالتهاب المعوى هى الانتفاخ العظيم السريع للبطن والاسهال المصحوب بالقىء اما فى الالتهاب القولونى فاكثر ما يكون هو الاسهال وحده بدون انتفاخ فى البطن

واجتماع الالتهاب المعدى مع المعوى المسمى جميع ذلك بالالتهاب المعدى المعوى يكثر جدا فى المولودين جديدا وتسلطن الاعراض الخاصة بالالتهاب المعوى التى شرحناها سابقا ربما دل وحده على وجود هذا التضاعف وحيث لم يتيسر لنا ان نذكر بالضبط جملة الاعراض الخاصة بكل جزء من اجزاء القناة الهضمية فلنكتف بتحليل الاسباب والاعراض والسير الاعتيادى لالتهاب الغشاء المخاطى للامعاء عموما فنقول

الاسباب * احتقان القناة المعوية عند الولادة او سهولة احتقانها وصيرورتها مجلسا لامتلاء عظيم متى عرض ادنى تكدر فى سير الدم فى الاوعية الصدرية او البطنية وازدراد اغذية قوية التنبيه او كثيرة التغذية او عسرة الهضم وشدة الفاعلية الوظيفية المتمتع بها الجهاز الهضمى لكون ممارسة هذا الجهاز عظيمة الاهتمام فى الطفل الذى يحتاج بالذات لان يتغذى ويجهز للاعضاء المختلفة العناصر القوية اللازمة لتغذيتها هذه هى الاسباب لالتهاب القناة الهضمية فى الطفل وشدة فاعلية هذه الاسباب المرضية تتضح منها كثرة امراض

الجهاز

الجهاز الهضمى فى المولودين فاكثر الامراض المعرضون لها واعظمها خطرا هى هذه الامراض ولذلك يلزمنا غاية الانتباه والتيقظ لكيفية تغذية هؤلاء الاطفال الرضع وتنظيمها على وجه مناسب ثم ان امراض القناة الهضمية قد لا يوجد فى ابتدائها صفة التهابية قاطعة فانها كثيرا ما تكون فى الابتداء مجرد احتقان ضعفى غيران مكث الدم فى منسوج الغشاء المخاطى يحرض يقينا الالتهاب كما يشاهد ذلك ايضا فى الشيوخ او الاشخاص المصابين بامراض القلب او الاوعية الغليظة

الاعراض * اعراض امراض القنوات الهضمية فى المولودين تكون غالبا موضعية ولا يحصل من تلك الامراض الاعراض الاشتراكية التى تشاهد فى مثل ذلك عند البالغين الا اذا تقدم الطفل فى السن ولذلك يلزم ان نوجه انتباهنا بالاكثر نحو التكدر العارض فى الوظائف الهضمية اذا اردنا تشخيص امراض الامعاء فالقىء يكثر جدا فى الالتهاب المعوى الا ان فيه خصوصية وهو ان مواده تكون غالبا مصفرة رغوية ولا يعرض عقب ازدراد المشروبات حالا والاسهال يحصل غالبا وتكون مواده خضراء او مصفرة ولا يكون مصليا الا نادرا وفى هذه الحالة يكون فى الغالب ناشئا من زيادة افراز مسبب عن فاعلية وظيفية ونحو مرضى عرض فى الجهاز الجرابى للامعاء ومن العلامات المهمة الغالبة انتفاخ البطن وتوتره وتألمه من الضغط ويضم لذلك احمرار اللسان وجفافه وحرارة الجلد الا ان ذلك الجلد فى نهاية الداء يصير باردا جليديا وتمام العلامات ارتسامها فى المشرج والجلد المحيط به فهذه هى الاعراض الاكثر وجودا فى الالتهاب المعدى المعوى والالتهاب المعوى والالتهاب المعوى القولونى

وفى مدة تتابع هذه الاعراض واخذ الداء المسبب لها فى التقدم يسقط الطفل فى ذبول تام ويكتسب الجلد منظرا ترابيا كالحا ويظهر رسم النتوات العظمية اكثر من العادة وتزول الكرات الشحمية من الوجنتين فيتقعر الخدان وتنخسف العينان فى الحجاجين كما يحصل ذلك فى العجائز ويكون منظر الوجه

ايضا كوجه العجائز مع ان ذلك لا يشاهد فى البالغين وهذا ناشئ ولابد من عدم وجود الاسنان فتتغير السحنة فيهم وكأنها كما فى العجائز متعرية عن اللحم فتعلن بهيئة لا توجد فى البالغين وترتسم ايضا فى الوجه تخاطيط كثيرة مخصوصة سنشرع فى مقابلتها بالتخاطيط التى ذكرها يدلوت فى الاطفال المتقدمين فى السن

فالطبيب يدلوت سمى بالتخطيط الانفى التخطيط الذى يرتسم وحشى جناحى الانف ويعانق محيط العضلة المستديرة على الشفتين وبالتخطيط الخدى التخطيط الذى يمتد من مجمع الشفتين حتى يفنى فى الجزء السفلى من الوجه واعتبر كلا من هذين التخطيطين عرضا للآفات البطنية وهذه العلامات تشاهد ايضا فى الاطفال الصغار جدا الا انها ليست فيهم بغاية الضبط وذلك لان مجمع الشفتين كما ذكرنا فى المشاهدات السابقة ينجذب الى الخارج اى الوحشية فينتج من ذلك ثنية فى الجلد تختلف فى البروز وترتسم من خارج العضلة المستديرة بالشفتين وتكون ايضا ثنية شبيهة بالتخطيط الخدى تتجه من الشفة السفلى نحو الذقن الا ان مشاهدة هذا التخطيط اندر من السابق وهنالك ثنيات اخر توجد دائما فى الامراض البطنية بل وفى جميع الاحوال التى يحصل للطفل فيها آلام شديدة وهى التى نشاهد على اصل الانف والجبهة فجلد هذا الجزء يكتسب فى الامراض البطنية المصيبة للاطفال الصغار جدا منظر تكرش وتقطب واضح الصفات وهذا العرض لا ينبغى اهماله فانى اجد دائما موافقة وجود هذه التكاميش الغير المنتظمة المرسومة على جلد الجبهة لوجود التهاب القنوات الهضمية واجتماع هذه التخاطيط يعطى لسحنة الطفل الهيئة المشهورة عند العامة بالوجه المقطب وتكون دائما علامة التهاب معوى او معدى معوى شديد جدا

العلاج * القواعد العامة لعلاج الالتهاب المعوى والمعدى المعوى ينبغى ان تؤسس على الاعتبارات التى لاحظناها فى هذا الفصل فقد شاهدنا ان الاحتقان الدموى البطنى يكون فى الغالب السبب الاصلى لالتهابات القناة

الهضمية

الهضمية فاذا نودى الطبيب لمقاومة التهاب معوى فى ابتدائه لا ينبغى ان يهمل وضع علقة او علقتين على الشرج خصوصا اذا كان فى الطفل علامات امتلاء دموى والاقتصاد فى الرضاع لازم ضرورى اى الامتناع منه ويبدل الارضاع باستعمال المشروبات اللعابية الملطفة كمطبوخ الخطمية المحلى بالسكر وماء الشعير المقشر الممزوج باللبن او الغير المقشر المحلى او نحو ذلك فاذا ظهر ان الطفل كثير التألم وكان اسهاله كثيرا جدا جاز ان يؤمر بالحقن من مطبوخ النشاء الذى يضاف عليه اربع نقط او ست او ثمان من اللودنوم ويلزم غاية الاحتراس فى اعطاء هذه المركبات الافيونية للاطفال لان تأثيرها فيهم اقوى من تأثيرها فى الكبار البالغين بل يظهر ان خاصة الامتصاص فى مستقيمهم اعلى درجة منها فى البالغين قال بليار قد شاهدت كثيرا من الاطفال عمرهم من ثمانية ايام الى اثنى عشر حصل لهم ما يقرب من الخدر بسبب استعمال ست نقط من اللودنوم فى حقنة ويكفى ثلاث اواق او اربع لنصف حقنة فى الاطفال الصغار واما المقدار الكبير فيمدد امعاءهم زيادة عن القانون ويحوج لاستفراغ السائل قبل ان تحصل منه الخواص الدوائية وينبغى خصوصا ان لا يهمل وضع الضمادات على بطن الاطفال المصابين بالالتهاب المعوى وكثيرا ما تستعمل الاستحمامات المرخية فانها تسكن صياحهم وآلامهم فيهدؤون ويسبتون وينامون متى غمسوا فى حمام ولكن لا يكثر من من استعمالها وينبغى ان ينتظم مع غاية الانتباه ساعات الارضاع ومقداره وقبل ان نترك مبحث التهابات الغشاء المخاطى المعدى المعوى نبحث عن مسئلة لا بد من ايضاحها وهى هل يعالج المغص الذى يعترى الاطفال بعد الولادة بكثير او قليل كعلاج التهاب فى القنوات الهضمية ام لا قال المؤلف واظن ان هذا المغص او القولنج ينشأ من جملة اسباب مختلفة فاولا عسر اول الاستفراغات الثفلية فان احتباس العقى مثلا قد يسبب فى الطفل آلاما شبيهة بالآلام التى تحصل من امساك طويل شاق بحيث لا يخرج شئ من البراز وذلك هو ما شاهدناه فى الاطفال الذين ولدوا غير متقوب فيهم الشرج فيلزم فى هذه الحالة

ان يجتهد فى تحريض استفراغ هذه المادة بان يؤمر للطفل بالحقن من زيت الزيتون اوزيت الخروع قدر درهمان من هذا الزيت مثلا يكفيان لاوقيتين من ماء فاتر ويمكن ايضا ان يدخل فى الشرج شياف من الصابون ومن المناسب حينئذ بل هو الاولى من غيره ان يعطى للطفل ملعقة اوملعقتان صغيرتان من شراب الراوند والشكوريا وثانيا انى فتحت جثث كثير من الاطفال الذين كان معهم بعد الولادة هذا المغص فكنت اجد فيهم غالبا اما احتقان عظيم فى القناة المعوية واما التهاب وهو الاكثر بحيث يقرب للعقل ان الآلام البطنية والاضطراب والصياح المتسبب عن ذلك انما كانت نتيجة التهاب الامعاء وثالثا ان المغص قد يتسبب من ايلاوس اى رب ارحم اومن التهاب بريتونى فنتج من ذلك انه لا يمكن ان يوضع علاج عام لمغص المولودين جديدا لان السبب المحدث له يختلف كثيرا ومع ذلك يظهر ان الاطفال قد تكون موضوعا لبعض تشنجات فى المعا والمؤلفون ابهموا الكلام على آلامها فى كتبهم ومن المغران معظمهم بل كلهم لم يعقب شرحها بفتح الجثة وها نحن مجتهدون فى البحث عن هذا الموضوع فى فصل مخصوص

المبحث الرابع
فى تشنجات الامعاء

الامعاء بعد الولادة تصير احيانا مجلسا لقابلية تهيج عظيمة فتصاب بآلام عصبية اوبتشنجات بسببها تتكدر الوظائف الهضمية دفعة واحيانا تعرض تشنجات عامة اوحركات تشنجية فى الاطراف والوجه وكثيرا مالا يمكن معرفة السبب لهذا العارض الذى ينقطع سريعا ثم يظهر مع شدة جديدة فى زمن بعيد بكثير اوقليل عن الظهور الاول للاعراض وتلك الاعراض هى انتفاخ البطن والصياح الحاد وانقباض الوجه وتيبس الاطراف وتألم البطن من اللمس وانقطاع التبرز ويعرض احيانا قىء قال بليار قد شاهدت اطفالا اعتراهم هذا المغص العصبى مدة الارضاع كله فكانوا يتركون الثدى فجأة ويصيحون صياحا شديدا اوتنتفخ بطونهم دفعة ولا ينقطع اضطرابهم الا اذا خرج

من شرجهم ريح كثير
ولقد الف الطبيب الاميرقى باريش فصلا عظيم الاهتمام فى هـذا الموضوع قال فيه يقرب للعقل ان مجلس هـذا الداء التشنجى فى الامعاء وخصوصا فى اليافها العضلية فالاطفال يحصل لهم غالبا تخفيف عظيم من خروج الغازات التى تكون فى القناة المعوية بحيث كان فيها احيانا استسقاء طبلى حقيقى ففى حالة من ذلك شاهدتها سنة ١٨٢١ عيسوية مات فيها الطفل وبحثت فى جثته على سبب دائه فوجدت ما سيأتى وكان عمر هذا الطفل خمسة اشهر تقريبا وابتدأت فيه التشنجات دفعة وكانت لا تدوم الا زمنا يسيرا ومتى ذهبت رجع الطفل حالا للعبه وانشراحه الاعتيادى وكانت فى الابتداء مدة فترات التشنجات بعض ايام ثم لم تمكث قليلا حتى صارت تلك التشنجات كثيرة بل كان الطفل فى فتراتها يحصل له بعض تشنجات جزئية فوضع له العلق مرتين على الرأس والحراريق خلف الاذنين فحصل من ذلك تخفيف وقتى ومع ذلك مات الطفل ولما فتحت جثته وجد معظم الامعاء الدقاق منقبضا بدون انتظام وتحول قطر المعا فى بعض المحال الى سعة ريشة اوزة ومحال اخر كانت كانها منسدة مربوطة برباط وكان الترب مكببا على قوس قولون وبقية اعضاء البطن ليس فيها شئ واما المخ فلم يفتح انتهى
قال بليار ومن الواضح انه كان مع هذا الطفل انقباضات تشنجية فى القناة المعوية ومن المغم عدم فتح المخ لانه ربما وجد فيه سبب الا فات التشنجية التى فى الامعاء فتكون اصابة هذه الامعاء ثانوية وظهور الغاز فى الامعاء كثيرا ما يحصل منه فى الاطفال عوارض تشبه تقريبا العوارض التى ذكرناها والذى يدل على ان ذلك هو السبب لها هو ان هذه العوارض تذهب متى خرج الغاز الى الخارج
ويلزم فى علاج هذا الداء اعتبار شيئين التنبه العصبى المنتج له والعوارض التى تعرض على التوالى فى الوظائف الهضمية ومن الواضح ان هـذا الانقباض التشنجى فى الامعاء ناشئ من تهيج فى الجهاز المخى اوالمخى الشوكى ينبغى

مقاومته قبل كل شئ ويوصل لذلك بوضع علقتين اواربع على القسم الحلمى اويفصد الطفل من ذراعه اوقدمه وينبغى ان يفضل وضع العلق على الفصد العام اذا ظهران التهيج المخى ناشئ من تراكم دم نحو الرأس ومنع من هذا الاستفراغ العام الضعف الزائد للطفل ويستعمل على الخصوص مع ذلك ايضا الاستحمامات الفاترة لانها هى الواسطة الثمينة المضادة للتشنج

ومن الادوية المضادة للتشنج التى اشاروا باستعمالها الحلتيت فيعطى فى مستحلب اوفى حقنة وتساعد نتيجته بان يضاف اليه اللودنوم اى روح الافيون فيكفى للحقنة من قمحتين الى خمس من الحلتيت مع نقطتين اوثلاث من اللودنوم وامر الطبيب باريش مع ذلك بالدلك على القسم الفقرى بدهان مركب من مقدار ملعقة صغيرة من دهن العنبر واللودنوم وملعقة كبيرة من الزيت البسيط والعرقى واعتبر هذا الطبيب ان تهيج اللثة المتعرض من التسنين سببا من اسباب هذه الآفات التشنجية فبموجب ذلك اوصى بالانتباه لحالة الفكين لتشق اللثة اويسكن تهيج الفم لكن لوفرضنا ان التسنين وتهيج اللثة الناتج منه هما السبب المهيء لهذا التشنج المعوى فاقول ان هذا السبب لايحرضه الابعدان يتهيج المخ تهيجا اشتراكيا فبموجب ذلك يلزم ان يكون تأملنا اولا فى تهيج المجموع العصبى

ولا ينبغى نسيان قطع الامسالات واعانة خروج الغاز المعوى ويكفى للاول منهما بعض ملينات خفيفة وادخال شياف من الصابون فى المستقيم واما اخراج الغاز المحوى فى الامعاء فقد وصل له الطبيب المذكور بادخاله فى المستقيم حقنة خالية بواسطتها جذب الهواء بجذبه المكبس الى الخارج ويصح الاكتفاء بادخال انبوبة من صمغ مرن فيخرج منها الغاز بالكبس على البطن بلطف ولنمسك القلم هنا لان الظاهر دخول هذا المبحث فى امراض المجموع العصبى الذى سيأتى الكلام فيه

المبحث الخامس

فى اللبن الابيض للغشاء المخاطى المعدى المعوى

قال بليار انما لم نتكلم على هذه الآفة بعد الالتهاب حالا لاننا لانرى انها نتيجة له وقد شاهدنا سابقا ان الاطفال بواسطة التغذية الرديئة قد يسقطون فى حالة انتقاع وذبول ونحول ويموتون فى تلك الحالة فاذا فتحت جثثهم يوجد الغشاء المخاطى منتقعا عديم التلون كما يوجد كذلك الجلد من الظاهر فهذه الحالة للغشاء الباطن الذى للقناة المعوية هى اول درجة من اللين الابيض للامعاء ولا ينبغى اشتباه هذا اللين باللين الذى يحصل من فيضان الدم فى الغشاء المخاطى بسبب التهاب ظهر فيه وقد سبق لنا شرحه

فاذن يكون للين الذى نحن بصدده درجتان اولاهما لايكون الغشاء فيها الا عديم اللون ولا يوجد فى المنسوج المخاطى درجة المقاومة المخصوصة به فيزال باعظم سهولة اذا حك بالظفر الا ان اهدابه مع ذلك لاتزال تخرج غشائية ويسهل تمزيقها ايضا وفى هذه الحالة يوجد منبذرا فى الغشاء ايضا نكت او بقع محمرة هى الآثار الاخيرة للون الاعتيادى اوانها احمرار عارضى كان الغشاء محلساله وذلك هو ما يوجد فى المشاهدة الآتية

طفل عمره عشرة ايام دخل المارستان فى اليوم السادس عشر من نوفمبر وكان قوى البنية اعتيادى اللون ومعه تيبس فى المنسوج الخلوى للاطراف العليا والسفلى ومن السادس عشر الى العشرين زالت اوذيما الاطراف الا انه عرض له قىء واسهال كثير وظهرت نقط من الموجيت على حوافى اللسان وفى الخامس والعشرين زال الموجيت ودام الاسهال وكانت مواده صفراء ناصعة رغوية وانتقع لون الطفل واخذ فى النحول وفى الثلاثين تقدم النحول تقدما سريعا وزال لون الجلد الاعتيادى بالكلية بحيث اشتد اصفراره ومع ذلك لم يحصل للطفل حمى اصلا وصار صياحه ضعيفا وجلده باردا وخصوصا الاطراف ومن اليوم الاول من الشهر التالى الى السادس اشتدت جميع الاعراض التى ذكرناها ولم يزل الاسهال مستداما والقىء غير منقطع والطفل صار فى غاية الضعف والهزال والانتقاع ومات فى اليوم الثامن بعد ان تقايا مقدارا عظيما من مواد خضراء مصفرة وعند فتح جثته وجد الجلد عديم اللون

ووجد على الظهر والاليتين بعض اكدام بنفسجية وقاعدة اللسان فيها كدم بنفسجي فى سعة الدرهم ووجد المرىء منتقع اللون فى جميع طوله والمعدة كذلك غير انه وجد ايضا قرب البواب اربعة سلوخ طول كل منها ثلاثة خطوط وكانت سطحية جدا ومنتقعة اللون كباقى الغشاء ووجد جميع سعة المعا الدقيق خالى اللون وكان مع ذلك ايضا سهل التمزق بحيث يكفى حكه بالظفر فتنفصل منه اهداب صغيرة تنهرس وترجع الى مادة لبنية باسهل حال ووجد فى القسم اللفائفى الاعورى صفحات جرابية منتقعة اللون ايضا كباقى المعا ووجد ماعدا ذلك فى هذا القسم بعض شطب محمرة يظهر انها آثار اللون الاعتيادى للقناة المعوية قبل ان يذهب منها ووجدت الكبد كبيرة الحجم محتقنة والمرارة متوترة جدا بمقدار عظيم من الصفراء التى كانت خضراء كراثية والرئتان محتقنتين بالدم والفتحات الجنينية منسدة والمخ شديد الاحتقان ومما هو عظيم الاعتبار ان الجذوع الغليظة الوريدية البطنية كانت حافظة لدم كثير فى هذا الطفل واما الغشاء المخاطى فكان عديم اللون بالكلية ولين الغشاء المخاطى عرض هنا الطفل كان يقينا مصابا من الابتداء بالتهاب معدى معوى غير ان هذا الالتهاب بقطعه الوظائف الهضمية سبب الذبول والانتقاع وترتب على ذلك لين القناة الهضمية بسبب عدم التغذية فلو كان هذا اللين نتيجة لازمة للالتهاب لم يوجد اصلا لين بدون التهاب مع انا سنرى خلاف ذلك فان طفل المشاهدة الآتية وجد فى احوال شبيهة بالاحوال التى تؤدى عادة الى الذبول والنحول فى الاطفال المتغذين تغذية رديئة وتكلمنا عليهم عند الكلام على سوء الهضم المعوى وها هى المشاهدة

طفل انثى عمره شهر غذى من ابتداء ولادته فى بيت اللقطاء بباريس وكان منتقع اللون نحيلا ضعيفا كالاطفال الذين هم بين ايدى مرضعات هذا البيت وكان كثيرا ما يتقيأ واحيانا يعرض له اسهال اخضر ينقطع من نفسه فى يومين اوثلاثة فادخل المارستان فى التاسع والعشرين من فوريير فكان نحيلا منتقعا كما قلنا سابقا كما هادئا وجلده ايضا مائل للبياض بحيث يظهر كأنه شفاف

ويرتسم على بعض محال من سطح الجسم اوردة صغيرة مزرقة ولم يحصل له
ابدا حمى ويتنفس جيدا ويصيح قليلا (علاجه الارز المحلى واللبن الممزوج) وبقى
هذا الطفل فى المارستان الى اليوم الاول من افريل اعنى انه تم عليه فوريير
ومرس ودخل فى افريل بدون ان يحصل له اعراض غير التى ذكرناها وفى ذلك
الزمن سقط فى ذبول تام وصار لون جلده شمعيا ومات فى ذلك اليوم الاول من
افريل وعند فتحه وجد بطنه شديد التوتر بالغاز والامعاء رقيقة شفافة بحيث
تشاهد من جدرانها المواد المحتوية هى عليها ووجدت المعدة والامعاء الدقاق
والغلاظ منتقعة اللون كاون الخلووزس والغشاء المخاطى لينا بحيث يكفى
لمسه فيتحول الى مادة لبنية تميل فى الشبه الى المخاط اكثر من ميلها الى
الغشائية ووجد كل من الكبد والطحال والرئتين والقلب والمخ سليما وجميع هذه
الاعضاء كانها خالية من الدم

فهذا الطفل لاشك انه سقط فى الذبول والضعف الزائد الذى شاهدناه بسبب
التغذية الغير الكافية المعيبة التى كان الطفل معرضا لها واعينت نتائجها
بطول مكثه فى المارستان المتراكم فيه عدد كثير من المرضى فيستنشق منه هواء
غير نقى فاللين فى هذه الحالة لم يحصل عقب التهاب وانما حصل فى مدة طويلة
من سبب مخالف لذلك وفى بعض الاحيان بدل ان يكون هذا اللين عاما
يكون موجودا فى بعض محال من القناة المعوية منعزلة عن بعضها وكما يوجد
بعد الولادة يوجد ايضا فى الاطفال الذين يموتون عندها كما شاهد بليار ذلك
كثيرا ويظهر انه دائما ينتهى به عدم وجود الدم فى المنسوج المخاطى واعتبره
دينيس ايضا نتيجة ذلك لكن عدم وجود السائل الدموى هنا ليس هو
السبب الواصل اى القريب للين وانما هو نفسه كالانتقاع واللين نتيجة عدم
التغذية على انه ليس هناك فى الحقيقة عدم وجود للدم لانه يقال الى اين ينجذب
هذا السائل فاذا ماتت الاطفال فى الحالة التى ذكرناها وجدت جميع الاعضاء
خالية من الدم وسيما الجلد الظاهر فانه يكون خاليا منه بالاكثر فالاولى ان
يقال ان هناك نقصا وتغيرا وانقطاعا لتولد الدم بحيث لا تعين على تحصيله

المشروبات السيئة الهضم التى يتعاطاها المريض ولا الهواء الردىء الذى يستنشقه فينبوع الحياة ينتزح ببطئ والطفل يهلك من الضعف والجوع فيكون من العقل اعتبار ان اللبن الابيض الذى كلامنا فيه درجة متقدمة لفقدلون الامعاء الذى تكلمنا عنه فى مبحث سوء الهضم المعوى الذى سببه يكون بالاكثر فى الارضاع الغير الكافى اوالمعيب المتعرض له الاطفال القاطنون بيت اللقطاء ويظهر ان هذا اللبن مشابه للبن الذى يظهر غالبا موضعيا فى القناة المعوية للمسلولين واشتغل بطبيعته اشتغالا مهما كل من الطبيبين لويس واندرال وممن وافق على وجود هذا اللبن الغير الالتهابى الطبيب روستان وقال انه يوجد اكله فى عدد كثير من الاحوال وان تمسك لالمند بانه لا يكون فى المخ الا التهابيا فى جميع الاحوال وبالجملة فهى مسئلة قابلة لاضطرابات كثيرة واذا عممنا موضوعها فى المخ وغيره كان الجواب عنها عسرا واذا اعتبرت مجردة تحيرنا فى المنازعات والمشاجرات التى حصلت بين الطبيبين المذكورين لالمند وروستان لكن اذا خصصنا الموضوع بان نعين بالضبط جميع الاسباب التشريحية والفسيولوجية لفرد من افراد اللين جاز ان يكون الجواب عن المسئلة بالنظر لطبيعة اللين صحيحا واضحا اكيدا كما فعل ذلك بليار فى اللين الابيض للقناة المعوية فلا يصح ان نعتبر على وجه الاطلاق ان اللين لا يكون دائما الا التهابيا لان هناك احوالا مخصوصة لها سير وادوار مخصوصة وليست التهابية وانما صفاتها التشريحية هى التيبس ولنزد على ذلك ان اللين المستعمل عموما وسيما عند لالمند يعنى به فقد قوة التماسك وسهولة التمزق فى المنسوج الذى هو محل له وان قابلية التمزق التى اول من جعلها صفة للالتهاب دبويترن قد تتوافق احيانا مع التيبس الظاهرى ى توجد معه فتكون خالية عن الالتهاب ونظير ذلك كما قلنا ما يشاهد من ان الرئة فى الدرجة الثانية والثالثة للالتهاب الرئوى تكون كما يقولون متيبسة متكبدة لانها فى الحقيقة لينة مع ان هذا العضو المتيبس فى الظاهر يسهل النفوذ منه كما يسهل ايضا تمزقه فيكون فى الحقيقة قابلا للتمزق والتقطيع

فتكون

فتكون لفظة اللين ليست صحيحة فى بعض الاحوال ولقد نتج من ذلك كله ان اللين فى نفسه ليس علامة لازمة للالتهاب ولا مرادفا له لان له حالة يوجد فيها بدونه نعم اغلب احواله يكون الالتهاب سببا له ويلزم ان تميز انواع اللين عن بعضها كاللين الحاصل من التعفن بعد الموت والحاصل من الغنغرينا والحاصل من الالتهاب والحاصل من الضعف

ولنخص من العلامات المنسوبة للين الابيض الذى نحن بصدده فقد اللون لعموم الجلد والمنظر الضعفى للطفل ويكون جلده شبيها بجلد البنات المصابات بالخلوروزس واما غير ذلك من الاعراض كالاسهال وانتفاخ البطن ونحو ذلك فتوجد ايضا فى آفات اخر معوية فلا تؤخذ منها هنا نتيجة نافعة فى تشخيص اللين ما لم نصعد لطبيعة الاسباب التى احدثتها وحفظتها موجودة وينبغى ان يعتبر اين الامعاء فسادا غير قابل للشفاء اذ يلزم لشفائه تولد جديد للغشاء المخاطى وهذا غير ممكن فاذن ينبغى ان يجتهد فى علاج النتائج الاول لفقد التغذية الذى ذكرناه والالتجاء الى وسائط اصلاح الحالة الرديئة للوظائف الهضمية قبل ان تحصل منها العوارض التى توصل الغشاء المخاطى لحالة الفساد الذى ذكرناه

المبحث السادس

كلام عام فى اعراض امراض القناة الهضمية

فى هذا المبحث ثلاثة مطالب

المطلب الاول

فى نظر عقلى فى الاعراض الرئيسة لامراض القناة الهضمية

قد ذكرنا بالاختصار جميع الآفات التى تعرض فى الاعضاء المختلفة من الجهاز الهضمى ولنجتهد الآن فى تعيين الاعراض المخصوصة بكل منها بحيث يمكن معرفتها مدة الحياة ومعظم المؤلفين الذين كتبوا على امراض الاطفال كانت لهم آراء اختراعية فذكروا اعراضا وعلامات مجموعة جعلوها اساسا لتقسيمها بدون ان يلتفتوا للآفات التشريحية فلنذكر فى هذا الفصل مع غاية

الاختصار بحثا يتضح منه اعتبار هذه الاعراض وقربها من الآفات التشريحية التي تكون هي نتيجة لها

القيء * هنالك اسباب كثيرة قد تنتج القيء فمن ذلك سوء الهضم المعدي اي التخمة والمعوي المسبب كما هو قريب للعقل من رداءة صفة اللبن ومنها الالتهاب المريئي والمعدي والمعوي الذي يكون مجلسه على الخصوص في القسم اللفائفي الاعوري وانقطاع سير المواد الثفلية بسبب التغمد او تشنج الامعاء ومنها لين الغشاء المخاطي وهذا العرض لا ينبغي اعتباره بدون ان نصعد الى السبب الذي قد يحدثه فيلزم لذلك ملاحظة الاعتبارات والحوادث التي ذكرناها سابقا فلا يمكن يقينا ان تؤخذ نتيجة عملية من مشاهدة هذا العرض منعزلا عن غيره فلاجل ان تذكر قصته الكلينكية يلزم ان يمر على جميع امراض القناة الهضمية لانه يمكن ان يشارك كلا منها كما شاهدنا وهذه الكيفية في اعتبار قيء الاطفال الرضع يظهر انها احكم وادق من اختراع اسباب واعراض لهذه الظاهرة المرضية نفسها كما فعل ذلك كثير من الاطباء

الاسهال * الاسهال ليس علامة دائمة للالتهاب المعوي فقد ينتج من تخمة حقيقية معوية ومن حالة تهيج وزيادة في افراز الجهاز الجرابي ومن الالتهاب القولوني والالتهاب المعوي وهو يختلف بالنظر للون المواد وقوامها فالاسهال الاصفر والرغوي السائل يصحب في الغالب الالتهاب والاسهال الابيض المخاطي ينتج غالبا ايضا من زيادة افراز في الاجربة المخاطية والاسهال المختلط بالندف المخضرة يحصل كثيرا بدون التهاب

احمرار حوالي الشرج * هذا يوجد في معظم الاحوال التي يوجد فيها الاسهال مع التهاب في الامعاء او مع عدمه

توتر البطن * يشاهد غالبا في الالتهاب المعوي وحينئذ يكون مصحوبا بالم في البطن وينتج مثل هذه الظاهرة من تمدد الامعاء بالغازات اذا عرض تشنج فيها الا ان هذا التوتر يكون متقطعا وينقطع مع الالم اذا خرجت الغازات ويبقى دائما اذا كان هنالك التهاب والغالب ان هذا التوتر يكون

بدون

بدون الم اذا كان هناك لين فى الغشاء المخاطى ويوجد مع ذلك ضعف عام وانتقاع

المغص والقولنج * قد يكون المغص تشنجيا اونتيجة التهاب اوتغمد اوعدم انثقاب الشرج اوتمدد غازى مدة الالتهاب اومع عدم وجود هذه الحالة المرضية فالاغذية عند ذلك لاتنهضم وانما تمكث فى الامعاء بدون انهضام وذلك هو ما سماه المؤلفون بتجمع الريح

الهيضة * الهيضة لاتشاهد كثيرا فى فرانسا وتصيب كثيرا على الخصوص الاطفال فى البلاد المنضمة بالاميرقة وتبتدأ فيهم كما قال دويس الذى استعرنا هذا الشرح منه بقئ واسهال كثير واضطراب عظيم مخى وعطش محرق والنبض يكون صغيرا ضيقا متواترا والبراز يختلف كثيرا فيكون اصفر اواسمر سائلا وقد يكون ثخينا واحيانا يختلط بدم وينتشر منه غالبا رائحة نتنة عفنة وتهيج القناة الهضمية قد يكون بحيث ان المشروبات والاغذية تمر وتخرج بدون ان تتغير كما يحصل فى المرض المسمى بالاسهال الزلقى وجلد الجبهة يكون متوترا والاعين متقعرة وجناحا الانف تنجذب متوترة والشفتان متكرشتين والبطن منتفخا والاقدام اوذيماوية وكثيرا ما يعرض قلاع فى الفم وقد تدوم هذه الحالة بعض اسابيع فاذا عرض الموت تضاعفت شدة الاعراض فيشاهد احيانا على الصدر اندفاع مقدار كبير من حوصلات وكثيرا ما تشاهد الاطفال يوجهون اصابعهم نحو افواههم كانهم ينزعون شيأ منها وعامة تلك البلاد يظنون وجود دودة متعلقة بحلق الطفل

وقد ثبت بالبحث فى الجثة من الآفات التشريحية التى توجد فى هذا الداء الاحتقان المخى وتكون الاعضاء الصدرية فى الغالب سليمة بخلاف القناة المعوية فتكون مريضة فيوجد فى المعدة والمعا الدقيق غالبا نكت واسعة حمراء باهتة وتوجد بالاكثر فى الاثنى عشرى نحو البواب وكثيرا ما يوجد الغشاء المخاطى ثخينا بحيث تضيق سعة المعا واما المعا الغليظ فتندر اصابته ما لم يوجد فى الداء اعراض الدوسنطاريا والغالب ان تكون الكبد كبيرة الحجم

ممتلئة بالدم والمرارة محتوية على صفراء كثيرة شديدة الخضرة وبقية اعضاء البطن توجد فى الغالب سليمة

قال بليار ومن الواضح ان جميع هذه الاعراض التى ذكرهادويس مع غاية الضبط انما هى اعراض التهاب معدى معوى شديد مضاعف بنزيف كما شاهدنا امثلة كثيرة من ذلك واسلفنا بعضا منها فهيضة الاطفال وان كانت نادرة فى اقليم فرانسا الا انها قد توجد ولا سيما فى المارستانات التى تكون فيها الاطفال المولودون فى حالة سيئة ويعسر حفظهم من تأثير الهواء انتهى وقد شاهدت مثالا من ذلك فى طفل عندنا بمصر سنه نحو سنة وشفى شفاء تاما وذكر دويس شرحا طويلا لعلاج هذا الداء الذى يهلك بحسب الظاهر كثيرا من الاطفال بالاميرقة الا ان طريقته غير مناسبة فانه اراد مقاومة مافهمه من انحطاط القوى والعفونة فى هؤلاء الكائنات الصغيرة فامر اولا باستقائهم ثم سقيهم ملعقة من القهوة قوية بدون سكر وبدون لبن فى كل ربع ساعة قال وقد رأيت نجاح هذه الواسطة نجاحا تاما فاذا لم تسكن حالة المعدة بالقهوة ابادر باعطاء الكلوميلاس ولا اجمعه مع الافيون اصلا والغالب ان استعمل هذا المستحضر الآتى وهو ثلاث قمحات من الكلوميلاس وست من السكر ويقسم ذلك اثنى عشر قسما ويلزم ان يعطى هذا المسحوق حتى يصير البراز اقل كثرة وخضرة او اقل سمرة فاذا تلطف الاستفراغ الثفلى صح ان يؤمر بالحقن مع مقدار من اللودنوم مناسب لسن المريض ويضم لذلك الامر بالراوند والمسحوقات الماصة اى المجففة ووضع الحراريق على الاطراف والدلك الجاف بالصوف ونحو ذلك انتهى قال بليار وهذه المعالجة المقوية قد تنجح فى الاطفال المولودين فى اقليم مخالف لاقليمنا فى الطبيعة لكن اذا نظرنا لطبيعة الافات التشريحية المسببة للاعراض التى يقوم من مجموعها هيضة الاطفال لزم ان يخاف من استعمال هذه الوسائط ومع ذلك نقول ان هذه المعالجة ليس لها عظيم نجاح بالاميرقة لان هذا الداء الذى استعملت له لم يزل باقيا على اتلافاته المهولة فى تلك البلاد فقد قال باريش فى رسالة له الفها سنة ١٨٢٦ ان

كثرة اهلاك الهيضة للاطفال فى تلك البلاد صيرها مستدعية لانتباه الاطباء
نظر الما تفعله من الدمار والاتلاف فى رعية مدايننا الكبيرة وليس عندنا مرض
غيره يعادله فى ذلك الاهلاك فهو الوباء فى اقاليمنا ويخاف منه كما يخاف من
السل فى بلاد اوربا انتهى فلو تبع الطبيب الاميرقى فى ابتداء الداء علاجا مناسبا
قليل التنبيه لجاز ان يقل اتلاف هذا الداء المعدى المعوى واوصى دويس
من جملة العلاج بامور جعلها حافظة من الداء وهو تبعيد الاطفال عن المحال
التى ظهر فيها واقامتهم بالارياف والطبيب روسك ذكر من الاحتراسات
تغذية الاطفال باللبن وتغطية جلودهم بملابس من الفلانيل ويمنع عنهم
تعاطى الفواكه وان لا تصنع اغذيتهم الا من الجواهر الدقيقية كالارز
والبقسماط ونحوهما وبعد ظهور الاسنان يعطى الطفل غذاء حيوانيا لتقوية
الجهاز الهضمى واوصى ايضا باريش فى رسالته المذكورة بلزوم التغذية
المقوية المنبهة ويكون ذلك حافظا من الهيضة قال وبذلك وصلنا لحفظ طفل
لامرأة فقد منها بالهيضة ثمانية اطفال قبل ذلك فعودت هذا الطفل على
تغذية شديدة التقوية وصارت تسقيه فى كل يوم بعض ملاعق من شاى الزنجبيل
ثم فيما بعد صارت تعطى له امراق اللحم وتطعم مرضعته مدة الصيف اغذية
شديدة التغذية وتحترس عليه بالاكثر من ان يأكل فواكه او خضروات
وفى السنة الثانية اكل الطفل على المائدة جواهر حيوانية واسماكا وشرب الشاى
والنبيذ الجيد ونحو ذلك ومضى عليه زمن التسنين بدون ان يصاب بالداء الذى
لم تشتغل فكرة الام بغيره قال بليار ومن الذى يتجاسر بفرانسا على اختيار
هذه التغذية للاطفال ولا ارى فيها مدحا للطبيب

الهيضة الوبائية * قال اولفيير منذ الف بليار كتابه فى امراض الاطفال لم تزل
اطباء فرانسا متأسفين جدا على عدم مشاهدة هذه الهيضة فى الاطفال
والآن وثقوا بصحة ما ذكرهنا ولكن من الواضح بمقتضى ما سبق ان المذكور هنا
انما هو الهيضة الوفدية وانه ينسب لها وحدها الوسائط العلاجية الحافظة
للصحة التى اوصى بها باريش ودويس وروسك واما الهيضة الوبائية فى المولودين

جديد افشئ آخر ولنقصر الكلام فيها هنا على بعض نتائج تتعلق بقصة هذا الداء
فى هذا السن الاول اى سن الطفولية واستخرجت تلك النتائج من الاعمال
المهمة التى حصلت من الاطباء الذين اشتغلوا بالبحث عن الهيضة وسيرها
ونتائجها بباريس سنة ١٨٣٤ عيسوية وذلك ان فى ١٨٤٠٢ اعنى
اثنين واربعمائة وثمانية عشر الفا ماتوا مدة الوباء بالهيضة كان منهم فى الطفولية
الاولى اى فى السن الذى بين الولادة والسنة الخامسة جزء من اربعة عشر جزأ
من هذا العدد تقريبا (وهم ١٣١١) اعنى احد عشر وثلاثمائة والف
اى من كل الف احد وسبعون تقريبا وجملة من مات فى سنة متوسطة من عشر
سنين ممن سنهم من وقت الولادة الى خمس سنين ٧٠٢٠ اعنى عشرين
وسبعة الاف طفل فالهيضة بمقتضى ذلك زادت فى اخطار الموت الذى يهدد
فى العادة الطفولية الاولى سدسها وقد ثبت من الابحاث التى فعلت فى المدة
المتوسطة للداء بحسب السن ان المولود الى سنة لا تجاوز فيه مدة هذا الداء
ثلاثا واربعين ساعة ومن سنة الى خمس تبلغ تسعا واربعين ساعة ومن خمس
سنين الى عشر تبلغ اثنين واربعين ساعة ومن عشر الى خمس عشرة سنة تبلغ
خمسا وخمسين ساعة وفى السن الذى بين خمس عشرة سنة وستين تبلغ اربعا
وستين ساعة ومن ستين الى تسعين واكثر تبلغ ستين ساعة او يومين ونصفا
فاعدا السن الذى هو من خمس سنين الى ست كانت مدة الداء على حسب
قوى سن الشخص تقريبا كما هو ظاهر قال اولفيير ولا اعلم هل ذكر واعدد
المولودين الذين ماتوا بالهيضة فى بيت اللقطاء مدة الوباء ام لا ولم يذكر فى خلاصة
الموكلين بالنظر فى أحوال الداء شئ مخصوص فى هذا الموضوع مع انها محتوية
على اشياء كثيرة عظيمة الاهتمام ولكن بمقتضى ما ذكره لنا بارون ان
الاطفال المولودين والرضع كانوا كانهم مستثنون فى هذا الوباء ومما هو معلوم
ان الذين دخلوا بيت اللقطاء فى سنة يزيدون على خمسة آلاف وان من تاسع
عشر مرس سنة ١٨٣٢ الى سادس جوين اعنى نحو ثلاثة اشهر الا بعض
ايام لم يمت بالهيضة الا ثمانية منهم سبعة ماتوا فى مدتها والثامن مات بعدها من

تأثير الالتهاب المعوى القولونى الذى حصل عقب الهيضة ومدة الهيضة فى الاطفال كانت من ثنتى عشرة الى ثمان واربعين ساعة وسن هؤلاء الاطفال يختلف من ثلاثة اشهر الى سنتين

والامور الواقعية التى عارضوا بها الخاصة المعوية للهيضة لم يكن فيها اقوى من الامثلة التى شوهدت مدة الوباء لاطفال داموا على تعاطى ثدى امهاتهم مع ان الام اصيبت قبل ذلك بجميع اعراض الداء وماتت به وقد اوصل مينفيير لديوان الاطباء رقعة فيها امثلة من ذلك وتواترت بعده امثلة مثلها وتلك الامثلة عظيمة الاهتمام بالنظر للشرح العام للهيضة وباعتباراتها المتعلقة بامراض الطفولية الاولى ولنذكر بعضا منها هنا

فامرأة سنها ست وثلاثون سنة كانت ترضع ولدا لها عمره عشرة اشهر فاصيبت بالهيضة فى السادس عشر من جوليت وماتت فى الحادى والثلاثين فى الساعة الرابعة من بعد نصف الليل ودام طفلها على رضاعها الى ليلة العشرين من جوليت ولم تتغير صحته اصلا وامرأة اخرى سنها تسع وعشرون سنة ترضع ولدا سنه ثلاثة اشهر فاصيبت بالهيضة فى السابع والعشرين من جوليت ودام معها الداء عشرة ايام وانتهى بنقاهة طويلة شاقة وطفلها لم يقطع رضاعه منها وكان ينام معها على سرير واحد وترك اقاربها هذا الطفل معها مع ما بها من القىء والاسهال والعرق البارد ولم تزل صحة الطفل جيدة فى جميع مدة مرض امه ولم يقطع لعبه وانشراحه الى اليوم الحادى عشر فحصل له فيه بعض الاعراض المقدمة للجدرى لانه كان متسلطنا فى البلد تسلطنا وبائيا وسار هذا الجدرى فى الطفل سيرا مباركا وحصل الشفاء سريعا وامرأة اخرى عمرها ست واربعون سنة ترضع ولدا عمره تسعة اشهر واحست بالاعراض الاول للهيضة فى ثامن اووت وفى العاشر اشتدت جميع الاعراض ومع ذلك لم يترك الطفل ثديها وفى الثالث عشر عسر الارضاع بسبب قلة اللبن وبرد الثديين وصلابتهما ولكن لكون الطفل قوى البنية تيسر له ان يجذب من امه بعض لبن يسير وفى الرابع عشر فى الصباح لم ينفع عرض الطفل على ثدى

امه ولكنه بعد ذلك التقم ثديها امرات كثيرة فى النهار مع ما بها من البرد العام والتيبس ثم ماتت المريضة فى المساء ولم يحصل للطفل فى تلك المدة تعب ولا ضعف وامرأة اخرى اصيبت بالهيضة فى مساء السادس من اووت نحو نصف الليل وماتت فى السابع منه قبل الزوال بساعة واعطى ثديها لطفلها مرتين بعد ظهور القىء والاسهال ولم يزل طفلها فى غاية السلامة

المطلب الثانى

فى الاعراض السمباتوية للامراض المعوية

هنالك امر واقعى عظيم الاعتبار تكلمنا عنه عندما شرحنا صفات امراض الجهاز الهضمى وهو ان الغالب ان اعراض الاشتراك المسمى بالسمباتيا لا تكون فى الاطفال الصغار جيدة الوضوح كما تكون فى الكبار البالغين وانما حرارة الجلد قد تزيد فقط وقد رأينا اموت كثير منهم باعمق الآفات واثقلها بدون ان توجد معهم حمى بل ربما كان ضعف النبض عرضا للاشتراك بدل ان يجعل العرض هو تزايد الدورة كما يشاهد ذلك فى الكبار فالسن هنا يحصل منه تنوع مهم فى آفات القناة الهضمية ولنختم هذا المبحث الطويل لهذه الامراض بتأمل يستدعى انتباه الاطباء المشتغلين بالفسيولوجيا المرضية وهو ان الجهاز الهضمى يوجد فيه زمن الولادة حالة تكون ونمو زائد التقدم فلذلك يتم وظائف قوية الفاعلية ويكون مع ذلك مجلسا لعدد كثير من الامراض التى تميت معظم الاطفال وتحدث فيهم تغيرا فى الصحة وتمنع النمو المطلق للبنية وسنؤكد ذلك عندما نذكر فى آخر الكتاب جدولا للامراض الكثيرة التى يصابون بها على حسب الاجهزة

المطلب الثالث

فى الديدان المعوية

ديدان القنوات الغذائية يقوم منها فرع عظيم الاهتمام من مبحث الديدان عموما وكثرة هذه الديدان وعوارضها الكثيرة التى تحصل منها واسبابها واعراضها وعلاجها جميع ذلك من مهمات علم الطب واما صفاتها الحيوانية والتركيب

التام

التسلم لبعض منها فيستدعي انتباه علماء المولدات الثلاث ثم ان تلك الديدان في البشر ترجع الى اربعة انواع تتميز بعلامات وصفات من المهم معرفتها للطبيب باعتبار ما يلزمها

النوع الاول الديدان الوثابة الطوال وتسمى الخراطين * هذا النوع يوجد بالاكثر في البشر ولذا كان معروفا من قديم ومجلسه الاعتيادي في المعا الدقيق وكثيرا ما يوجد في المعدة والمعا الغليظ بل وفي المرئ لكن لم يمكث قليلا حتى يندفع الى الخارج وكثيرا ما يشاهد خروجه من الحفر الانفية (صفاته الذاتية) جسم اسطواني وردي اللون قاتم ودقيق من طرفيه وذنبه اكثر دقة وجسمه محزز من كل جانب ويعرف الرأس بانخفاض يعلوه ثلاث صمامات والذكر منفصل عن الانثى ويميز الذكر عنها بذنبه الذي هو معوج وله قضيب مزدوج يخرج احيانا من اعلى الطرف الذنبي على جانب التجويف واعضاء تناسل الانثى قنوات بيضاء يسهل مشاهدتها لشفافية الغلاف ولونها مشطب بلون القناة المعوية التي هي حمرة وهذه الديدان بيضية اى تتولد من بيض وطولها الاعتيادي يختلف من ستة قراريط الى خمسة عشر ومنها ما يكون طوله قيراطا ونصفا وقطرها من خطين الى ثلاثة

النوع الثاني الديدان الصغيرة وهي معروفة عند القدماء وتوجد في المعا الغليظ وسيما المستقيم ويشك في وجودها في غير ذلك وذكر برمسير انه رأها في الاعور وتشاهد في الاطفال اكثر من الكبار البالغين وان كانت قد توجد ايضا في الشيوخ والعجائز (وصفاتها) انها ديدان صغيرة بيضية ايضا والذكر منها طوله خط ونصف والانثى من اربعة خطوط الى خمسة والرأس محفوف حوصلي تمر فيه قناة مستطيلة هي المرئ والذنب ينتهي بطرف دقيق جدا تعسر مشاهدته ويلتف لفا حلزونيا في الذكر ويكون مستقيما في الانثى

النوع الثالث الديدان الشعرية الرأس وهذا النوع لم يعرف الا في آخر القرن السابق وشرحه يتعلق بشرح الحمى المخاطية وذكره جيدا ريدرر ووجلير

ويوجد عادة فى المعا الغليظ وسيما قرب الصمام اللفائفى الاعورى واتفق احيانا ان كروفليير وجده فى المعا الدقيق ووجده مرة ملتصقا بخشكريشة غنغرينية فى آخر المعا الدقيق قرب الصمام ومعظم الاحوال الوبائية للالتهاب المعوى الجرابى الحاد يوجد فيها عدد كثير منه كما انه يشاهد كثيرا فى النساء اللواتى يمتن بالتهاب بريتونى ولادى (صفات هذا النوع) طوله من قيراط ونصف الى قيراطين وهو شعرى فى معظم طوله كابعة اخماسه مثلا والرأس الشاغل لهذا الطرف الشعرى لا تتيسر دراسته بسبب دقته والذكر اصغر من الانثى ويعرف بكون جزئه المنتفخ متلولبا واما فى الانثى فيقرب للاستقامة

النوع الرابع دود القرع لشبهه بحبه ويسمى بالديدان العريضة وهو معروف قديما واما تسمية بعضهم له بالدود الوحيد فغلط لانه قد يوجد منه جملة فى البطن فقد شاهدنا فى شخص اسود بمارستان ابى زعبل اربع دودات طول كل واحدة نحو خمسة عشر ذراعا وذكروا ايضا انه يوجد فى الكلاب وذكروا ما بلغ طوله ثلاثين اونة بل خمسين قيل ولعلهم اضافوا جملة ديدان منه لبعضها واقول ليس هذا بمستغرب فقد نقل لنا ما كان طوله افحش من ذلك وذكر اوفلند ان طفلا خرج منه من هذا الدود ثلاثين اونة فى مسافة ستة اشهر وعرض هذه الديدان يختلف من ربع خط الى ثلاثة خطوط اواربعة واحيانا تكون نصف شفافة لقلة سمكها والغالب كونها معتمة وبالجملة ينبغى لاجل معتاد برابعادها ان تعتبر حالة الانقباض والانبساط التى يكون عليها الحيوان والرأس لهذه الديدان صغير جدا فلا يشاهد غالبا الا بنظارة معظمة وقد يشاهد بالعين العارية ولهذا الرأس اربع ممصات اعتبرها اندرى مع سالفيه عيونا ويوجد فى مركز هذه الممصات احيانا قرص فيه كلاليب وعلى رأى برمسير ان الحيوان يعدم منه هذا القرص اذا هرم وعنق تلك الديدان يختلف فى العرض ولا مفصل فيه وانما هو منضغط اى مسطح وجسمها مفصلى وكل قطعة منها مربعة الشكل والقطع القريبة للعنق عرضها اكثر من طولها

وكلما

وكلما بعدت عن العنق صار طولها اكبر من عرضها وبالجملة جميع القطع تقرب لمشابهة بعضها وانما اختلافها او معظمها بعدم تساويها فى الانقباض او الاسترخاء لان حركات هذه الديدان تقوم من انقباضها لاغير فى طولها وعرضها ويشاهد على حوافى كثير من هذه العقد تارة على جانب وتارة على الجانب الآخر فتحات هى فتحات قنوات البيض والى الآن لم نعلم اعضاء تناسل الذكور فى دود القرع والقطع الاخيرة او الحلقات الحاملة للبيض الملقح من هذا الدود هى التى اذا انفصلت من بقية الدودة وصارت منعزلة تكون منها ما يسمى بدود القرع وجعل بعضهم هذا الدود نوعا مخصوصا

وقد تكلم علماء المولدات على كيفية تولد هذه الديدان وسقوطها وتكون حلقاتها بكلام مبهم وانما الظاهر ان كل حلقة شبيهة بالحلقات التابعة هى لها فتكون الدودة مكونة من التصاق جملة حيوانات بعضها من نوع واحد ورد هذا بعضهم واستظهروا انها تتكون كلها دفعة واحدة من اول الامر وبالجملة لا حاجة لنا بالدخول فى هذه المشاجرات وانما نقتصر على ما هو مهم لنا

وهذا النوع من دود القرع وهو المسمى بالعريض حقيقة وبمحفور الرأس وهو اعرض من السابق بحيث ذكر انه وجد ما عرض حلقاته قيراط وطوله الاعتيادى عشرون قدما وذكر ما وجد طوله ثلاثمائة أونة والرأس مستطيل محفور بانخفاضين جانبيين ظن انهما الفم ولا يوجد له عنق اعنى الجزء التابع للرأس ولا مفصل والمفاصل المقدمة من الحيوان تشبه الثنيات والمفاصل الخلفية متميزة اكثر والفتحات التى هى فى دود القرع الاعتيادى شاغلة لجوانب القطع المنفصلة تشغل هنا مركز هذه القطع وقد يشاهد احيانا بالنظارة المعظمة شوك حول الفتحات وهذا النوع يصيب بالاكثر الموسكوفيين واهل البلونيا وبعض محال من فرانسا وغيرها واما القرع الاعتيادى فمجلسه فى الامعاء الدقاق فى بعض السودان والحبشة

ثم ان الديدان المعوية عموما ليست ديدانا اتت من الخارج وكابدت هذا التحول

الموجود الآن فى الوسط الجديد المغمورة فيه وانما يقرب للعقل انها تولدت
فى الباطن اما من نفسها واما من بذر وجد هناك الامور اللازمة للنمو فمتى
اذ ليس هناك حيوان من الحشرات يمكنه الدخول فى الجسم البشرى ويتربى فيه
ثم يخرج حيوانا كاملا واذا لم يكن متولدا من الخارج فليكن متولدا
فى الباطن فهل تولده من بيض او بالتوالد وايضاح هذه المسئلة ايضاحا تاما
غير ممكن الى الان ولكن الاقرب للعقل ما سنذكره وذلك ان السائل الذى ينقع
فيه جوهر نباتى او حيوانى لم يلبث قليلا حتى يتحلل مقدارا عظيما من كرات
آلية تتحرك فيه بجميع الجهات وكأن حركتها بقوة غير متعلقة اصلا بقوة التثاقل
وفيها سرعة وتظهر فى تلك الكرات كرات الدم الذى يتحرك فيها بسرعة عظيمة
والجفاف يوقف حركتها والترطيب يعيدها فاذا طال الانتقاع اعقبت الكرات
الآلية حيوانات مكروسكوبية شبيهة باولاد الضفدع التى لها حركة عجيبة
تفر من بعضها ويحترس بعضها من بعض ولا تتصادم اصلا فكانها مخصوصة
بحيوية تامة جدا فهذه الديدان مثلها وذلك سر من اسرار الحياة اذا تأمله
المشاهد تحير فى صنعه ثم ان تكون الكائنات بطريق التناسل اعنى من
جرثومة متعلقة بشخص اخر هو الذى يقبله العقل وهو الاكثر اعتيادا للتوالد
والمشاهد فى الحيوانات المرتفعة لكن الحيوانات السفلى كالتى نحن بصددها
الآن وتكون عولة على الحيوانات والنباتات يظهر انها تكون من جميع
الاجزاء فى احوال معينة حسب ما يظهر لنا واما تحقيق ذلك فلا يتأتى
الا من مباشرة رؤية تكون الديدان ونموها واما رأى بعض النمساويين
ان هذه الديدان ناتجة من استطالة الخمل المعوى ثم فصله بعد ان يكتسب حياة
غير متعلقة بغيرها فلا يمكن تحقيقه بالمشاهدة وانما هو اختراع عقلى بديع
والاسباب القريبة لتولد هذه الديدان مجهولة لنا فلنتكلم على الاسباب البعيدة
لها لان تلك الاسباب اذا عرفت سهل العلاج الحافظ والعلاج الشفائى لها
فمن الاسباب المهيئة للديدان عدم الموازنة بين القوى المشبهة فى القناة الهضمية
والاغذية الداخلة فيها وفقد هذه الموازنة يمكن ان يحصل تارة من القناة الهضمية

نفسها

نفسها وتارة من صفة وكمية الاغذية وتارة منهما معا ومما لا يشك فى سببيته تأثير الاقليم البارد او الحار والسكنى فى الاماكن الباردة الرطبة واذا كانت الاطفال اكثر تعرضا للديدان من الكبار البالغين والشيوخ فذلك ناشئ من كون قواهم الهضمية اقل فاعلية وقوة التمائل اقل كمالا او يقال وهو الاحسن ان ذلك ناشئ من تغذية اعظم قدرا واكثر مائية اذ أقبح العوائد واشأمها فى الطفولية عدم انتظام ساعات تعاطى الاغذية وفى بعض البلاد يكون داء الديدان وبائيا فى الاطفال لانه ماعدا البرد والرطوبة فى تلك البلاد يوجد ايضا اثر الكم اغذية غير تامة الهضم والغالب ان المواد الدقيقية والفواكه والاغذية الرديئة الصفة هى التى تستعمل فى الاخلية بين الاكلات الاعتيادية ولذلك يشاهد تحول هؤلاء الاطفال حالا الى مزاج لينفاوى اذا ولدوا بمزاج آخر وتخرج منهم مواد ثقلية غزيرة وكثيرا ما تكون سائلة وفيها ديدان قال زوفليبر دخلت بلدا من البلاد فوجدت اولاد الفقراء قاطنين بحارة منفردة عن غيرها ويتبرزون على اعتاب ابوابهم ولما مررت من تلك الحارة رأيت مقدارا عظيما من دود فى موادهم الثفلية ولا تستغرب صحة ذلك اذ لم يستعمل احد من هؤلاء الاطفال كما هو اللازم مضادا للدود فى كل خمسة عشر يوما او نهايته فى كل شهر ثم ان تأثير الاغذية الرديئة الطبيعة هنا ليس باقل ضررا من تأثير زيادة الكمية فى تلك الاغذية ولذلك كانت اولاد الفقراء مكدرة معيشتهم بالديدان اكثر من اولاد الاغنياء وقد عملت تجريبات فى جملة كلاب لم يغذوا الا بالخبز الاسمر والماء وحفظتهم على تلك التغذية مدة ستة اشهر فوجدت فى قناتهم المعوية مقدارا كبيرا من ديدان القرع وكان معظم امعائهم الدقاق مسدودا بها واتفق انى مكثت مدة سنين فى الخدمة الطبية بمارستان المجانين فكنت كثيرا ما اتعجب من وجود كمية كبيرة من الديدان فى القناة الغذائية لهم انتهى

ثم نقول هل هنا اغذية تعين بالاكثر على تولد الدود يقال هى اللبن والزبد والجبن ويقال ايضا هى الفواكه الفجة والبقول والاغذية الدقيقية والجواهر النباتية وعبارة الشيخ الرئيس ومما يولد الديدان الاغذية اللينة اللزجة مثل

الحنطة واللوبيا والباقلى وسف الدقيق واكل اللحم الخام والالبان والبقول والفواكه الرطبة والاغتسال بالماء بعد الاكل والجماع على الامتلاء انتهى والظاهر انه ليس هناك شئ بالنظر لذلك وانما ذلك بالنسبة للاقليم والمزاج والاعتيادات وكيفية المعيشة والقوة الهضمية للشخص اذ من المعلوم ان الاغذية المنبهة قليلا يمكن بايقاظها القوى الهضمية تعارض تولد الدود ومتى تولد مقدار من الدود قرب للعقل امكان تضاعفه بالتوالد حتى مع غيبوبة الاسباب الاعتيادية المولدة اقله ان يكون ذلك نتيجة لازمة لوجود اعضاء التناسل فى الحيوانات وقد نتج من جميع ما سلف ان تولد الدود انما هو نتيجة تمثيل غير تام للجواهر الغذائية بحيث يظن انه يمكن احداثه اوازالته بالاختيار وذلك بان يستعمل الشخص ما يلزم له او يخرجه من الاشياء اللازم اخراجه منها

الاعراض * لما تحقق وجود الديدان المعوية فى كثير من الاحوال المرضية الخفية التى اعراضها المتسلطنة آتية اما من المجموع الهضمى او من المجموع العصبى او من جهاز آخر آل عدد كثير من الاطباء هذه الديدان سببا لجميع تلك الاعراض ولاشك ان العقل والامور الواقعية شهار بما كانت تقوى ذلك فقد وجدت الديدان الوثابة الطوال فى كثير ممن مات بالتيتنوس والخوف من الماء بل وداء الكلب الحاصل من العض والخوريا والمانيا (لانهم ذكروا مانيا دودية) والسكتة وفى نوبة الصرع فنسبوا هذه الامراض المختلفة لوجود هذه الديدان ووجد الدود ايضا فى بعض اوباء من الالتهاب المعوى الجربى الحاد الذى سماه القدماء بالحمى العفنة وظنوا وجود السبب المادى للداء فى الدود ولذلك سموه بالحمى العفنة الدودية وذكر الشيخ ان الديدان اذا خرجت من صاحب الحميات الحادة حية لم تكن بشديدة الرداءة ودلت على صحة واقتدار على الدفع وخصوصا بعد الانحطاط وان خرجت ميتة كانت علامة رديئة واما خروجها الا فى حال الحمى مع البرازفان كان معها دم فهو ردئ ايضا ومنذر بآفة فى البدن او الامعاء واما خروجها بالقئ فيدل على اخلاط رديئة فى المعدة كذا

قال

قال وقد علمت ان هذه كلها اغلبية لا تعويل عليها وشوهد كثيرون ماتوا بدون آفة عضوية ظاهرة ونسبوا موتهم لدود وجد فى قناتهم الغذائية وقالوا ايضا بتهيج الاطراف العصبية المعوية من الديدان التى تتعلق بها وتأكلها وتثقبها وتنفذ فى تجويف البريتون وبعض المؤلفين اعتبروجود الديدان فى القناة الغذائية جيدا نافعا قال لانها تتغذى من فضلات الجواهر الغذائية المقذوفة من البنية كالمادة المخاطية الكثيرة وتنبه القناة الهضمية بحركاتها وتعين على ممارسة جميع الوظائف لكن هذا الرأى الاخير لبعض علماء المولدات انما قاله من يرى ان الله تعالى خلق الاشياء كلها لاجل الانسان وهذه من جملة منافعه اذا نظرنا الادنى شئ من الامور الواقعية غير انا نرى ان هذه الديدان قد يمكث منها عدد كثير فى القناة الغذائية بدون ان يظهر عرض مرضى يدل عليها وكثيرا ما يعرض منها عوارض ثقيلة تنقطع حالا بعد خروج تلك الديدان بنفسها او بالصناعة لكن المضاد للدود قد يشفى الداء بخاصة اخرى سوى خاصة قتله للدود ولذا ترى فى مشاهدات كثيرة للمغص الاعتيادى والصرع والخوريا والضعف والهبوط لجميع الوظائف والاستيريا الدودية والتشنجات الدودية والقئ الديدانى والفواق ونحو ذلك ان هذه الامراض شفيت باستعمال مضادات الدود بدون استفراغ ثفلى دودى محسوس اى بدون مشاهدة قطع من الديدان فى المواد الثفلية هذا ويعسر جدا تمييز العوارض الناتجة من الديدان نفسها وذلك لعسر فصل الاعراض الناشئة منها عن الاعراض الناشئة من سبب آخر مصاحب له بحيث لا يمكن ذكر مثال صحيح للداء الديدانى الحقيقى ماعدا بعض احوال تكون الاعراض الموضعية فيها حاصلة حصولا ميخانيكيا من وجود كرات ديدانية فى الامعاء فكما ان بعض الاحوال زال فيها جميع الاعراض بخروج كمية من الدود بنفسها او بالصناعة وبعضها تحقق بفتح الجثة ان السبب المادى للمرض هو وجود عدد كثير من تلك الديدان فى القناة الغذائية كذلك عندنا امثلة لم يحصل فيها من وجود كثير من تلك الديدان عارض اصلا فاذن يجوز ان تكون العوارض المذكورة فى الاحوال

الاخرناشئة من سبب آخرفقد ظهر لك من ذلك ابطال كثيرمن طب الطفولية المؤسس على نسبة جميع الامراض لهذا السن من الحياة سواء للاسنان اوللديدان كيف لاوالاعتياد القبيح على الاسراف فى استعمال مضادات الديدان لاطفال ظن استعدادهم لها بسبب خروج شىء منها من الفم أو الشرج قد يحصل منه عوارض اوالتهابات فى القناة الغذائية اويثقل تلك العوارض اذا كانت موجودة فاذن لانقدر فى الحالة الراهنة لمعارفنا ان نقول بامراض ديدانية حقيقية اعنى امراضا ناشئة فقط من وجود ديدان فى القناة الغذائية وانما نقول باعراض ديدانية فقط وتلك الاعراض ليست واضحة الصفات وانما فيها ابهام ويلزمنا معرفتها والتأمل فى العلم مقدار اعتبارها اذ لا يخفى ان الطب فيه ماهو يقينى وفيه ماهو ظنى ومن الغلط المضر الاشتغال باليقينى من العلم وترك الظنى لان الظنى الآن قد يصير يقينيا فى غد

وذكروا من العلامات الدالة يقينا اوظنا على وجود الدود فى الامعاء انتقاع الوجه اورصاصية لونه واحيانا ظهور حرارة واحمرار وقتى فيه وتكدر فى الاعين واتساع فى الحدقة واحيانا حول واكلان فى الخياشيم وعطاس ورائحة حمض من الفم وفقد للشهية اوانحرافها انحرافا غريبا وغثيان وقىء وآلام ومغص مختلف الشدة (ويسمى بالمغص الديدانى) وبول متكدر لبنى وصرير فى الاسنان مدة النوم وتشنجات جزئية اوعامة وهذيان وغطمشة برهية وطرش برهى واعراض مخية مختلفة توافق الامراض المخية للاطفال وذكر ارنيس من العلامات المشتركة سيلان اللعاب ورطوبة الشفتين بالليل وجفافهما بالنهار وذكر فى علة ذلك ان الحرارة تنتشر بالنهار فتجذب معها الرطوبة فتجوع الديدان وتجذبها من المعدة فتجفف سطحها المتصل بسطح الفم والشفة والهواء الخارج يعين على ذلك فيرطب المريض شفتيه بلسانه كذا قال ولا يخلو عن بعض شىء ثم قال وقد يعرض لصاحب الديدان ضجر واستثقال للكلام ويكون فى هيئة المغضب السىء الخلق ثم ذكر اعراضا من التى ذكرناها ثم قال ويكون فى كثير من الاوقات كانه يمضغ شيأ وكانه يشتهى دلع اللسان ويعرض له توثب فى النوم وصراخ فيه وتململ

واضطراب

واضطراب وضيق صدر على من بنبهه واذا اشتدت العلة والوجع سقطوا وتشنجوا والتووا كالمصروعين وربما عرض لهم فى هذا الوقت ان يتقيؤوا هذه الديدان وتختلف الوانهم والوان اعينهم ووجوههم وربما انتفخوا وتهيجوا وتمددت بطونهم كالمستسقين وكانما بطونهم جاسية وربما اورمت خصاؤهم ويعرقون عرقا باردا مع نتن شديد انتهى ولا مانع من حصول ذلك ومن هذه الاعراض ما مجلسه فى القناة الغذائية ومنها ما هى سمباتوية اى اشتراكية وكلها مبهمة فاذا اخذت على حدتها لم يؤخذ منها شئ وان اخذت مجتمعة قرب للعقل دلالتها على شئ لكن لا تصل الى اليقين اصلا ولا يغلب على الظن وجود الديدان الا بامر مادى بان يندفع بنفسه او بالصناعة شئ منها حيا كان او ميتا فيه بعض تعفن وهذا غير تيقنها او احداثها تأثيرا فى الامراض لان ذلك شئ آخر غير ما هنا ولما كان من المعلوم الثابت كل يوم انه قد يوجد من الديدان مقدار كبير فى الامعاء بدون ان يعلم وجودها بعرض من الاعراض وان الاعراض التى ذكرناها قد توجد مع عدم وجود شئ من انواع الديدان ويتحقق ذلك بعد الموت كمدة الحياة ايضا ظن برمسير ان الداء الديدانى يلزم ان يميز جيدا عن وجود الديدان وان الداء الديدانى يقوم من تكدر فى الوظائف الهضمية نتج من تراكم جواهر قابلة لان يتكون منها الديدان فسواء وجدت اولم توجد لا يحصل تنوع فى هذا الداء الديدانى والتمييز بينهما دقيق جدا قال كروفليير ويظهر لى ان الداآت الديدانية بدون ديدان يلزم ان تكون نظير ما سماه سيدنام بالجدرى الغير المصاحب للجدرى

وظلمة تشخيص الديدان المعوية كثيرا ما كانت ينبوعا لغلطات ثقيلة جدا فمن الاطباء من ظن ان الاعراض التى شاهدها منسوبة للديدان مع انها كانت اعراض استسقاء فى بطون المخ حاد او التهاب للعنكبوتية حادا ومزمن ومنهم من نسب للامراض المخية المبتدأة اعراضا انقادت وشفيت باستفراغ الديدان المعوية وبالجملة فالغلط فى ذلك سهل

ثم يقال هل وجود هذه الديدان فى الامعاء يلهبها ونقول يظهر من بعض

الامور الواقعية ذلك لكن يظهر من كثير منها عدم ضرر وجوده بحيث للانسان ان يسأل ويقول هل يوجد فى الاحوال التى اجتمع فيها الالتهاب والديدان ارتباط سبب بنتيجة او مجرد مصاحبة فقط بل ظن كثير من مهرة الاطباء ان فى تلك الاحوال حتى وان امكن صحة التشخيص يلزم اهمال الديدان والاشتغال بمعالجة الالتهاب وكثيرا ما اشتبه الحال على بعض الاطباء فنسب لوجود الديدان المعوية القوالنج والاختناق الباطنى كالاختناق الفتقى وقد الف ودكند رسالة عنوانها اختناق الفتق المصاحب للديدان وسلك فيها الدقة حتى اختار وجود اختناق ديدانى تشنجى واختناق ديدانى انسدادى ومن المحقق ان تراكم عدد كثير من الديدان فى المعا الذى ازاح عن محله قد يحصل منه اخطار كالتى تحصل من تراكم المواد الثفلية مع ان برمسيرذ كران هذه الديدان يسهل ان يصغر حجمها اكثر من المواد الثفلية بسبب دقتها وشكلها وقابليتها للحركة وحركاتها الخاصة واسطحتها الملسا

تشخيص انواع الديدان * قد ذكرنا تشخيص الديدان المعوية عموما ولنذكر بعض اعراض مخصوصة بكل من الانواع الاربعة التى اخترناها فان اغلب الصفات السابقة التى ذكرنا انها تدل على وجود الديدان انما تنزل على الديدان الوثابة الطوال اعنى الخراطين ويظهر ان وجودها فى المعدة يعقبه دائما الحركات العنيفة للقىء واما الديدان الصغيرة فهى اسهل معرفة من بقية الانواع ويمكن ان تكون هى اكثر من غيرها فى احداث عوارض ثقيلة وذلك لانها تسكن بالاكثر فى ثنيات الطرف السفلى للمستقيم فتحدث اكلانا شديدا فى هذا القسم واحيانا آلاما قوية قال كروفليير دعيت لعلاج طفل عمره من تسع سنين الى عشر وكان يقلق فى الليل جملة ساعات لا تختلف كل ليلة بسبب آلام لا تطاق فى قسم الشرج فيصيح صياحا شديدا ويقبض على شرجه ويزحف عليه فى اوضته من شدة الالم ومجىء هذه الآلام على ادوار حملتنى فى الابتداء على ظن وجود حمى متقطعة فامرت له بكبريتات الكنين جرعا ثم حقنا فلم يجد ذلك نفعا ثم تخيل لى ان هذه الآلام الدورية يمكن ان تكون من الديدان الصغيرة

فترجيت

فتعجبت المتكفلين به ان يرسلوا الى فى ساعة الالم فحصل ذلك فبحثت فى الشرج فوجدت فى عمق الثنيات كثيرا من هذه الحيوانات الصغيرة التى تتحرك بحركة عظيمة فادخلت بعضا من المرهم السنجابى اى الزيبقى فى الشرج وداومت على ذلك مدة ايام فزال الالم مع السبب ثم بعد بعض سنين رجعت الآلام ثانيا ففعلت العلاج المذكور فزالت حالا وعرض على بعد ذلك اطفال من هذا القبيل كانت تلك الحيوانات تسكن هادئة فيهم بالنهار وعند اخذ مضجعهم يعتريهم الاكلان ثم الآلام الدالة على استيقاظ تلك الحيوانات من نومها بالنهار انتهى وقد رأيت طفلا من بيت شريف فى مصر عمره من ثلاث سنين الى اربع ومعه ما يقرب من مشاهدة كروفلير لكننى لم اكن مطلوبا بالعلاج فلا ادرى باى حالة ازيل منه وقد ذكروا امثلة من التشنجات بل ومن نوب الصرع ناشئة من هذا السبب ويقرب للعقل ان هذه الديدان الصغيرة لا تنتج عوارض الا اذا كانت شاغلة للطرف السفلى من المستقيم واما التى فى جسم المستقيم وبقية الامعاء الغلاظ فلا يحصل منها شئ فقد ذكروا من خرج منه مقدار عظيم من تلك الديدان بالبراز مع انه لم يحصل له ادنى شئ من العوارض السابقة

وقد تمر هذه الحيوانات من دائر الشرج الى المهبل فتحدث هناك اكلانا شديدا واحيانا ناغلة حقيقية وذلك يوجد بكثرة فى الاطفال وان شاهده بيك ايضا فى امرأة عمرها سبعون سنة ويستفرغ بزرق المغليات المرة فى المهبل كثير من هذه الديدان فتزول بذلك الاعراض الموجودة

واما الديدان الشعرية الرأس فيظهر انه ليس هناك علامة تدل على وجودها واما اشتراكها مع اعراض الالتهاب المعوى الجرابى الحاد او المزمن والحميات المخاطية لرايدرير ووجلير فمشكوك فيه ويقال مثل ذلك فى دود القرع واما اعتبار كون تشخيص هذا اسهل من تشخيص غيره فذلك لان وجود اجزاء منه فى المواد الثفلية لا تفر من ادنى بحث سطحى

ثم قد علمت ان كل نوع من الديدان المعوية يكون مجلسه فى جزء معين من الامعاء فيقرب للعقل انه اذا شغل محلا آخر منها غير المعين له كان متعبا وقد بالغ بعض

الاطباء فى الضرر الذى يحصل منه اذذاك حتى ان منهم من نسب لانتقاله
من الامعاء الى المعدة عوارض ثقيلة مع ان كروفلبير وجد منه مقدارا كبيرا
سا كنا فى معدة اشخاص لم يشاهد فيه حال الحياة اعراض لهذا العضو والقئ
الشديد الاختناقى والالتهاب البريتونى الولادى يصحبهما حركة مضادة للحركة
التموجية ترد للمعدة مقدارا عظيما من الصفراء ومن الديدان المحتوى عليها المعا
الدقيق ومرور الديدان من المعدة الى المرئ تارة يحصل منه عوارض ثقيلة
وتارة لا يحصل ذلك الا اذا وصل للبلعوم فينقذف بالقئ قال كروفلبير وكثيرا
ما رأيت وصول الديدان الى الحلق بدون ان توجد قبل ذلك علامة تدل على
وجودها ثم لما وصل الى ذلك المحل سبب نغمشة متعبة واحساسا بجسم غريب
فادخل المريض اصبعيه فى الفم الخلفى ونزع بهما دودة وحصل له عند ذلك
حركة غثيان وشوهد خروج الديدان ايضا من الحفر الانفية مع حركات القئ
العنيفة وربما نفذت الديدان من الامعاء الى اعضاء اخر كالقنوات الهوائية
والقنوات الكبدية لكن الظاهر ان هذا الدخول لا يمكن مدة الحياة لان
المزمار ينقبض جدا فالقوة الزفيرية اى المعينة على اخراج الهواء من الرئتين
تعارض يقينا هذا المرفاذن لا يمكن صعود هذه الديدان من المرئ الى البلعوم
ودخولها فى الطرق الهوائية الا بعد الموت اوفى اللحظات الاخيرة من النزع
مع الاسفكسيا وكذلك امكان دخول هذه الديدان المعوية فى القنوات الكبدية
انما يحصل بعد الموت اوفى النزع فقد ذكروا حالة وجد فيها ثلاث من تلك الديدان
فى القناة الصفراوية ووصلت الى المرارة ومن امثلة ذلك ماذكره جرسان وهو
ان طفلا كان يشكو بمغص خفيف ثم حصل له حالا تشنجات وعقب ذلك الموت
السريع ولما فتحت جثته لم يوجد تغير فى مخه ولا فى النخاع الفقرى ولا فى الاعضاء
المحوية فى الصدر ولا فى البطن وانما وجد دودتان معويتان طولهما من سبعة
قراريط الى ثمانية نفذتا فى القناة الكبدية ودخلتا فى القنوات الصفراوية
فمن حيث ان التشنجات حصلت عقب المغص نظن ان السبب الحقيقى لها
هو الدخول الفجائى الوقتى لهذه الحيوانات فى القنوات الصفراوية واما

الاحوال

الاحوال الاخر التى شاهدت فيها الظاهرات العصبية والتشنجات المهلكة فى الاطفال المصابين بالديدان فكان فيها يقينا مرض مخى رئوى او معدى معوى غير متعلق بوجود هذه الحيوانات انتهى كلام جرسان ونتج منه ان عدم وجود آفة مخية اورئوية او معدية معوية فى الحالة السابقة هو الذى حمل جرسان على ان يقول ان دخول الديدان فى القنوات الصفراوية هو سبب التشنجات مع اننا كثيرا ما نرى تشنجات مهلكة فى سن الطفولية ولا توجد آفة عضوية تدل عليها لكن لا تمنع فى مدة الحياة هذه الفتحة المشتركة بين القناة الصفراوية والبانقرياسية كما هو الغالب دخول هذه الديدان فى القنوات الصفراوية مع ان فيها كبقية الفوهات المخاطية حيوية عظيمة نعم هنالك امر واقعى شاهده لاهنك يظهر انه يقوى رأى جرسان وهو انه وجد معدة طفل محتوية على عدد كثير من الديدان الوثابة ووجد المنافذ الصفراوية متوترة وبعض مواضع من منسوج الكبد متأكلة من الديدان المذكورة غيران مما يتأسف عليه ان هذا الماهر لم يشرح هذه المشاهدة شرحا تفصيليا اذ لم يذكر خصوص نوع التغير الذى ابهمه وعبر عنه بالتأكل والصفراء دائما لا تمنع توطن هذه الديدان ولا نموها فى القنوات الصفراوية لان تلك الصفراء توجد فى القناة المعوية كما توجد فى القنوات الصفراوية نعم من المحقق ان حرافتها تتلطف فى القناة الغذائية بوجود المادة المخاطية والمواد الغذائية

واما ثقب هذه الديدان للمعدة والمرىء والامعاء فذكره جملة من المؤلفين واكدوا ذلك بمشاهدات كثيرة قال كروفلبير هل يلزم ان يقال ان الالتهاب الذى سبق تكون الخراج متسبب عن الديدان ويدل لذلك الشكل المستدير لهذه الثقوب الذى يتوافق بالضبط مع شكل الدود لكن يشكل على ذلك انه كثيرا ما لا يوجد هذا الشكل فى الثقوب وذكروا للدلالة على ثقب المعا حالات الفتوق المختنقة المنتهية بالغنغرينا حيث يوجد فيها ديدان تخرج مع المواد الثفلية غير ان الديدان لا تؤثر هنا سوى تأثير المواد المذكورة فالذى اراه تبعا للطبيبين رودلفى وبرمسير ان مرور الديدان فى تجويف البريتون اوخروجها للظاهر

من خراج يكون دائما تابعا لانثقاب ناتج من سبب عزيب عنها اذلم يكشف فيها
اعضاء ثاقبة وايضا لم اشاهد فى الانسان احد طرفيها متعلقا بجدران المعا
ولا داخلا فى الاجربة المنعزلة نعم رأيتها كما شاهدها غيرى نافذة من ثقب المعا
غيران الظاهر لى ان هذا الممرانما كان تابعا للانثقاب نفسه ونوع هذه الديدان
فى الانسان مخالف للنوع الذى ينغرس بمنقاره فى المسام لان هذا لو تمكن
من الامعاء لثقب نحو ثلثى سمكها او ثلاثة ارباعه وتكونت منه درنات
يمكن ان تبقى دائما يبقاء هذه الديدان فيها وبالجملة فللمؤلفين مشاهدات كثيرة
ناطقة بانثقاب المعا من الديدان وسيما مشاهدتان للطبيب بلنيير احداهما
لطفل عمره ثنتا عشرة سنة ومات فى اثناء تشنجات شديدة ووجد فى مريئه
قرحة بينها وبين تجويف محفور فى الفص الرئوى المتوسط اتصال وفى ذلك
التجويف دودتان طول كل نحو خمسة قراريط ودودة داخلة فى القرحة
وحزمة مكونة من ست دودات مالئة للقناة المريئية اعلى الفتحة الاعتيادية
وثلاث دودات فى المعدة فجزم المشاهد بان القرحة انما نشأت من الدود والحالة
الثانية لطفل عمره خمس سنين مات باعراض منسوبة لالتهاب البريتون
والامعاء والمخ او انصباب مصلى فى العنكبوتية فوجد انثقاب فى المرئ قطره
اقل قيراط وداخلة فيه دودة مبرومة عظيمة الجم وخرج منه دودتان حتى
شغلتا الجزء المقابل له من السلسلة الفقرية ووجدت ثلاثة اخرى فى المعدة ثم قال
المشاهد ولم اجد هناك التهابا معديا ولا مريئيا ولا نكتا غنغرينية يتضح
منها هذا التقرح فيكون حصوله انما هو من اكل الدود وبحث كروفلييرفى هاتين
المشاهدتين فتأول الاولى بوجود مجراى شبه مغارة رئوية انفتح من تقرح
المرئ فالديدان المحوية فى هذه القناة تيسر لها النفوذ من القرحة والانثقاب
فى المشاهدة الثانية يصح ان يكون مثالا لثقب حصل من ذاته فى المرئ
وكان مصاحبا لقئ متكرر وتحلل سريع عميق واعراض مبهمة مخية ومعدية
وربما اعان عدم وجود الالتهاب على هذا الظن وبالجملة لا نرى فى هذه الامور
الواقعية كما فى غيرها مما يشبهها الا تفرق اتصال وديدان داخلة فى هذا التفرق

وما ا

واما كون حصول هذا التفرق من الديدان فلا يعلم من تلك المشاهدات ولا يثبت عندى ان فيها قوة على ثقب المعا الا اذا رأيتها متعلقة بجدران القناة الغذائية انتهى

وما قلناه فى مرور ديدان الامعاء للتجاويف المجاورة لها سواء بالثقب او بدونه يقال مثله فى مجاور الطرق التناسلية البولية اذ لا يخفى ان اتصال المستقيم او جزء من المعا غيره بالمثانة يمكن ان يحصل منه مرور الدود كالمواد الثفلية فى المثانة ومجاورة الفوهة المهبلية والشرج توضح لنا ايضا مرور الدود من الشرج للمهبل وربما غلط المريض نفسه فى ذلك وظنه متولدا من المهبل نفسه .

العلاج * وصايا العلاج هى التحرس من تكون الدود ومضادات الديدان تقوم من الادوية المرة والمسهلات والمقويات وينبغى فى استعمالها غاية الاحتراس والانتباه فان هذه الادوية اذا استعملت بدون قانون ولزوم كما اذا لم يكن هناك دود اصلا ربما حصل منها آفات ثقيلة خطرة ثم ينبغى ان تعلم انه لم يكن هناك داء امروا له بادوية كثيرة مثل الديدان المعوية وليس ذلك لعدم وجود مضاد للدودة قوى وانما هو لعدم اتقان التشخيص لان الطبيب قد يظن وجود الدود ويعالج بمقتضى ظنه والحال انه لم يكن هناك دود اصلا فمتى اتقن التشخيص وكان الدود موجودا سهل علاجه جدا لكن من سوء الحظ عسر ذلك اذ لا يمكن تحققه الا اذا خرج شئ من الديدان مع البراز او القئ مع ان الديدان قد تكون موجودة بدون ان يحدث منها ظاهرة مرضية فاذن استعمال مضاد الديدان القوى يلزم ان يكون مقصورا على احوال يسيرة ونقول ينبغى ان يكون امر الطبيب بمضادات الدود اقل من الاقتصاد بل المنع من استعماله اذ متى وجد طفل نحيف معه اسهال وحمى وقئ وتشنجات اتهم بالدود فيعطى له بمقتضى الشهرة المعروفة فى المدن مضاد له وذلك المضاد اما من الادوية المرة او المسهلات ولا يخفى ضرر هذا على مثل ذلك الطفل فيكون الطبيب حينئذ هو القاتل له وينبغى ان لا يعول على كلام المريض من كل وجه فقد يظن

بعض المصابين بالا يبوخندريا وجود ديدان تسير من الامعاء الى المعدة والمرىء وتمشى فى ايديهم وارجلهم واكتافهم وظهورهم ويقولون انها تعض العضو الفلانى وربما شنى هؤلاء بحيل يفعلها الطبيب معهم ويظهر لهم بها انه اخرج منهم الدود وظهر لنا مما ذكرناه ان استعمال مضادات الدود ينبغى ان يكون محدودا بحدود متوسطة لان وجود الدود ليس شيأ ثقيلا بحيث يعارضه دواء قوى الفاعلية حافظ منه قال برمسير فالادوية التى يأمرون بها بدون تمييز اكثر ضررا للمرضى من وجود الديدان المعوية المشهورة بزيادة الخطر ومع ذلك ينبغى الاحتراس ايضا من التفريط المقابل لذلك بان لا يستعمل مضاد للدود اصلا والاستعداد الديدانى اى لتكون الدود المعوى كثيرا ما يوجد ويزول من نفسه فى بعض ازمنة الحياة

العلاج الحافظ * يمكن منع تولد الديدان بالتدبير الغذائى المناسب وبالتباعد عن الاسباب التى ذكرناها فان لم يمكن ذلك فبالوسائط المخصوصة بالتعديل فيمنع الشخص عن الرطوبة ولاسيما البرد الرطب فاذا كانت السكنى فى اقليم بارد رطب اوكانت صناعة الشخص تحوجه للاقامة فى محل بارد رطب يعدل هذا التأثير بملابس الصوف وبالرياضة وبالتغذية المنبهة واذ قد علمت ان القوة المشبهة للاغذية اذا كانت غير تامة اى اذا لم يحصل فى الاغذية تشبيه تام سواء كان ذلك ناشئا من مقدارها بان كانت كثيرة او من صفتها كانت هى السبب الاعتيادى لتولد الدود علمت انه يلزم ان تكون الاغذية دائما انزل عن فاعلية القوى الهضمية حتى تقدر هذه على هضمها فلا يعطى المريض اغذية كثيرة من خالص المواد النباتية ولا كثيرة المائية ولا الفواكه الفجة اى الغير الناضجة وانما يستعمل معها الجواهر الحيوانية كاللحوم مع بعض نبيذ وجميع ذلك ينزل بالاكثر على الاطفال الذين كان تدبيرهم الغذائى غالبا بعد الفطامة حالا ردىء الانتظام وهنا نوع من العلاج الحافظ استعمله كروقليير كثيرا فى الاطفال ذوى البنية الرخوة وهو ان يعطى لهم كل شهر مدة ثلاثة ايام او اربعة من ست قمحات الى ثنتى عشرة من البزر الخراسانى المسحوق

ويتعاطون

ويتعاطون ذلك مع اللبن فى الصباح او تستعمل ملعقة صغيرة من شراب الكينا
العلاج الشفائى * اذا نزل من الطفل مع البراز ديدان وكان معه مجموع الاعراض
الدالة على وجود الديدان لزم تحصيل شيئين احدهما دفع الديدان الموجودة
فى الامعاء اى اخراجها الى الخارج وثانيهما تعديل الاستعداد المعين على
تولدها اى تقويمه وابطاله فاندفاع الديدان يتال بوسائط كثيرة شحنت بها
المؤلفات قديما وحديثا واغلبها تجريبى فكل دواء انقذف منه الدود مع المواد
الثفلية يوضع فى رتبة مضادات الديدان وعدد تلك الادوية كثير وتستعمل
من الباطن مشروبات وحقنا ومن الظاهر مرهم وخاوضمادات وكمادات وحمامات
ولنذكر منها ما ثبت بالتجربة قوة فعله
فاولا المسهلات معظمها بل كلها طارد للدود وهل ذلك بخاصة ذاتية فيها
او بزيادتها الافراز المعوى والحركة التموجية للامعاء فمما مدح بكونه دواء
خاصا لطرد الدود السنا المكى والراوند والصبر والحنظل والجلابا مسحوقة
اومنقوعة وكبريتات الصود والطرطير المقيئ والطرطير الحمضى البوتاسى
وكربونات المغنيسيا وخصوصا الكالوميلاس ومدحوا ايضا الادهان
خصوصا لكن على حسب التجاريب التى سنذكرها قريبا يقرب للعقل
انها تؤثر تأثير المسهل وثانيا الادوية المرة والحديدية والكبريت والمياه
الكبريتية والافاقيا المرة والكينكينا والواريانا والبصل والكراث وهذان
الاخيران الطاردان للدود هما النافعان لاهل الارياف ببلادنا وسيما البصل
ومن ادوية بقراط قشر الجوز الاخضر وذكروا ايضا الاتير والحلتيت والكافور
والزيت العطرى للتربنتينا والنفط والزيت الحيوانى لديبل والزيت الاحتراقى
لشابير حيث ظن ان تأثيره انما هو بالزيت العطرى الترمنتينى المحتوى هو عليه
والقصدير والحمض البروسيك والماء الذى غلى فيه الزيبق ومريات الصود
ومرارة الثور وادوية اخر غير ذلك مدحوا نجاحها فمن القتالة للديدان
المطوال الفراسيون والشيح والترمس المر والفوتنج وعصارته والقسط المر
والافتيمون والنعنع والسكافيطوس والقنطوريون والثوم خاصة وربما قتل حب

القرع وبزر الرازيانج والآس والسعتر والافسنتين وبزر الكرنب واصل الراسن وبزر الكرفس والحرف والكمون والشونيز والبسفايج واحسن مايسهل بعد القتل الصبر واذا شرب انسان من الزيت شربة وافرة قدر مايمكنه قتلها واخرجها ومن الادوية ايضا ورق الخوخ وماءه والوخشيزك وهي الحشيشة الخراسانية القاتلة للدود وهي شبه بزر الحلة وبزر الحلة والكبر والسعد والحاشا واذا اقترن مع الديدان اسهال استعملت بزر البقلة الحمقا ويقال ان ماء البطيخ يقتلها والخل وخصوصا خل العنصل اذا تحساه صاحب الدود كل ليلة نفع جدا وقطع مادتها وخصوصا مع بعض الادوية قال في الموجز ومن الحيل الجيدة لاسقاء الدود الادوية القتالة لانها تعافها فلا تقربها ان يطعم صاحبها اللبن اياما فانها تحبه ثم تجوع جوعا شديدا وتخلط الادوية باللبن من بعد حتى لا تشمها ثم يشربه دفعة سادا لمنخريه وربما امتص قبل شربه قليلا من اللحم المدقوق المشوي او الكباب من غير ابتلاع وليكن بغير ملح ولا كزبرة لانه يكرههما فتهيج الديدان وتفتح افواهها ملتقمة لما يرد اليها انتهى غير ان هذه الادوية تحتوي على خواص اخر غير طردها للدود فمن المهم ان يعرف نوع هذا الفعل الطارد للدود حتى يختار من تلك الادوية ما يناسب الامراض المصاحبة لوجود الديدان فمثلا في الالتهابات المعوية الجرابية الحادة التي وصلت للدور الذي يخشى منه فقد حياة المريض يحتاج لاستعمال الكينكينا مغلية او جوهرا او الكافور فانهما قد ينتج منهما طرد كلية عظيمة من الدود وتزاد القوة الطاردة للدود في الكينا اذا اضيف اليها بعض ملاعق من منقوع السنا لكن هناك جواهر ممتعة بخاصة طرد الدود فقط كما تحقق ذلك بالتجربة وتسمى باسم طاردة الدود فمنها ماله فعل خاص في بعض انواع الديدان اكثر من الانواع الاخر وذلك كالبزر الخراساني نوع من الارتميزين مدح للديدان الطوال الوثابة ومقدار ما يستعمل منه من ست قمحات الى عشرين مسحوقا ومما ينبغي التنبيه عليه هو ان يستعمل البزر مجروشا عن قريب ومثله ايضا الافسنتين صغيرا كان او كبيرا وازهار النبات المسمى تناسيتوم واشتهر بطارد الدود

وشديمة

وشيبة ايقوسيا والكرولينا وهى جوهر حيوانى ينسب لجنس البوليبوس لكن يظهر ان فعله ضعيف وجميع انواع الافسنتين تعين على اندفاع هذه الديدان وتستعمل باشكال مختلفة وسيما منقوعا او خلاصة وكثيرا ما يشاهد تأثير هذه الجواهر فى حالة مخصوصة دون اخرى وربما لم يتيسر تمييز هذه الاحوال عن بعضها تمييزا جيدا وربما ظن ان الطارد المركب ينتج نتائج ادوم من الطارد البسيط قال كروفلير والمقدار الآتى الذى استعملته مرات كثيرة خرج به من بعض الاطفال نحو ستين دودة فى صباح يوم واحد وهو ان يؤخذ سنامكى راوند بزر خراسانى قيصوم ذكر شيبة ايقوسيا زهر تاسيتوم افسنتين صغير من كل واحد درهم ينقع الكل على البارد فى ثمان آواق من الماء ثم يصفى ويوضع عليه كمية كافية من السكر حتى يصير فى قوام الشراب ويستعمل منه ملعقة فى الصباح مدة ثلاثة ايام واما الزيت الاحتراقى لكابير فانى وان لم انازع فى خاصيته الطاردة الا انى لم استعمله قط لان طعمه الكريه منعنى عن ان آمر به للاطفال ولو اصلح بشراب الليمون واما الكلوميلاس الذى منفعته انه لا طعم له فانه وان افرطوا فى مدحه بسبب ذلك افراطا غريبا خصوصا للاطفال الا ان خاصية طرده ليست مطردة قال كروفلير ولا اعلم دواء خاصا للديدان الدقيقة الرأس كما انه ليس هناك علامة تدل على وجودها ولا كذلك الديدان الصغيرة فانها لكونها تسكن فى المعا الغليظ وسيما الجزء السفلى من المستقيم يمكن مباشرة علاجها فقد اتفق ان طفلين سببت هذه الديدان فيهما اكلانا دوريا وحصل عقبه آلام غير مطاقة وخلصا من ذلك بالدهان من المرهم الزيبقى مرة او مرتين كما وقع ذلك ايضا لبالغ كبير مكث معه هذا النوع عشر سنين على ظن ان معه تنبها عصبيا شديدا فامر له بمغلى الوالريانا والاتير والكافور والمسهلات القوية اما انا فامرته بترك هذه الادوية وان لا يستعمل الا الحقن الباردة زمنا فزمنا فبا اوم على ذلك نحو سنة فمن حينئذ زال عنه هذا الاستعداد الاعتيادى وشرف بهذه الواسطة انما ينسب لوز يتين فانه هو الذى اوصى بها ويظهر لى ان الاحسن من هذه الوسائط المذكورة الحقن المسهلة الزيتية والحقن بالمغلى

القوى للادوية الطاردة للدود مع استعمال الزيت الاحتراقى لشابير بكمية ملعقة صغيرة او ملعقتين فى مغلى بزر الكتان وذكر بعضهم نجاح الحقن بالماء الكبريتى لباريش وبعض الاطباء اعتبر من الادوية الخاصة لطرد الدود زهر الكبريت بكمية من عشر قمحات الى خمس عشرة قال كروفليير ولا ادرى هل هذه الحوادث الواقعية مستندة للتجربة ام لا انتهى

وعلاج دود القرع بنوعيه ذكروا له فى كل زمن ادوية تجربية وللدجالين الكذابين ادوية كثيرة بالغوا فى مدحها وقد سردت معظمها ولكن ظهر فيها مصداق (جرب تحزن) فلا نذكر لك هنا الا الادوية الرئيسة وذلك ان معظم كيفيات علاج ذلك يبتدأ فيها بقىء ومسهل او مسهلين وبعد ذلك مدح زمنا فزمنا الخارصينى المجروش بكمية نصف اوقية مدة يومين متتابعين وبزادة القصد يروالمسهلات القوية والدهن الحلو للخروع والكلوميلاس والزيت العطرى للتربنتينا والسيباديلا مسحوقة اوبلوعا وزيت شابير وكبريتات البوتاس والسرخس المذكور وبالجملة فالتاكيف مشحونة بادوية كثيرة ومركبات واكثر مايستعمل منها قاعدته السرخس المذكر مسحوقا بكمية درهمين اوثلاثة فى كل صباح مدة ايام وبعد ساعتين يؤمر بالدهن الحلو للخروع اوبلوع مسهلة وهذه الطريقة نجحت جيدا فى دود القرع العريض اى ذى الحلقات القصيرة ولم تنجح فى دودة القرع الوحيدة الطويلة التى على رأى برمسير يكون دواؤها المخصوص هو الزيت الاحتراقى لشابير فان هذا الزيت نجح معه فى خمسمائة شخص مختلفين فى السن والذكورة والانوثة فيبتدأ بمعونه السابق بكمية اعتبر كروفليير انها زائدة جدا وهى ملعقتان فى الصباح والمساء ويلزم ان يداوم المريض على هذا الدواء من عشرة ايام الى اثنى عشر فبموجب ذلك يستعمل اوقيتين ونصفا من هذا الزيت وزاد برمسير فى الكمية الى سبع اواق وذلك زائد جدا قال واقول ان هذا العلاج فيه بعض طول لكن نتيجته محققة ولا يسبب تعبا ولا يحصل منه ادنى خطر وبالاختصار يظهر انه تحقق بالتجربة لزوم استدامة العلاج زمنا طويلا اذا اريد تخليص الشخص

من

من نوع هذا الديدان انتهى قال كروفليير وامر برمسير بدوام العلاج زمنا تاما مع ان كمية واحدة قوية قد تقتل الدودة المذكورة ولكن الكميات الآتية بعدها لازمة ضرورية لتقتل بيضها وهناك اطباء يأمرون مدة هذا العلاج بغذاء مسخن كاللحوم المملحة وامر برمسير بالتجنب عن الاغذية الدقيقية واللحوم الشحمية الدسمة

وهناك طريقة جيدة ناجحة موافقة للقوانين وهى طريقة بوردبير طبيب قديم من اطباء مارستان بيت الله بباريس وهى ان يعطى فى الصباح على الريق درهم من الاتير كبريتيك فى كوبة من مطبوخ جذر السرخس المذكر وبعد بعض دقائق يؤمر بحقنة مركبة من ذلك ايضا وبعد ساعة يستعمل المريض اوقيتين من الدهن الحلو للخروع ويداوم على هذا العلاج ثلاثة ايام وذكر ابن سينا ان القطران من الادوية الخاصة بدود القرع فيستعمل حقنا واطلية ومثله الصبر وشحم الحنظل وقشور اشجار مرة من نوع السرو والازادرخت وذلك مقبول للعقل

ولكن جميع الطرق العلاجية الممدوحة الى الان لاذكر لها فى جانب طريقة قشور جذور الرمان اذ يصح اعتبار انها هى الدواء الحقيقى الخاص بدود القرع فلذلك يلزم ان نقف لها هنيهة فنقول خاصة طرد الدود لقشور شجر الرمان معروفة من زمن قديم جدا عند اهل الهند وكذا عند العرب من قديم قال ابن سينا وسلافة قشور شجرة الرمان الحامض او المز يطبخ ليلة فى الماء ثم يصفى ويشرب فانه يقتل الدود انتهى ولم تعلم خاصة ذلك الجوهر بالاوربا الا سنة سبع وثمانمائة والف عيسوية حين كان الطبيب بوشان جراحا للانقليزيين فى بنجال فاعرض ذلك للناس عموما بعد ان استعمله بنجاح دائم ثم اشتهر ذلك فى الجرنالات وسيما سنة احدى وعشرين بعد الثمانمائة ولم تستعمل هذه القشور عموما فى فرانسا الا من سنة ثلاث وعشرين بعد الثمانمائة ثم كثرت الاخبار بالنجاح واشتهرت حتى صارت كشمس النهار واستعملناها كثيرا مدة ان كنا بمارستان ابى زعبل فى جملة من الحبش والسودان فنجحت وبالجملة

ليس فيها الان شك عند الاطباء

والغالب استعمال مطبوخ هذا الدواء وكميته المتوسطة اوقيتان في منين اي اربعة ارطال تقريبا من الماء ويغلي ذلك حتى يصير الماء منا واحدا يستعمل في اليوم وقد ثبت بالتجربة ان المقدار الضعيف جدا لا ينتج شيأ ولذلك زادوا فيه حتى بلغت القشور اربع آواق في اليوم ولا خطر في ذلك لكن شوهد احيانا انه حصل عقبه غثيان وقيء ومغص بل وسدر ودوار غيران هذه النتائج لم تلبث قليلا حتى تذهب ثم على مقتضى مشاهدات الطبيب جوميز البرتغالي ان احسن اوقات الاستعمال هو الوقت الذي يخرج فيه من المرضى اجزاء من هذه الديدان فيقال انه لم يخب هذا الدواء حينئذ قط فاذا لم يخرج الاجزاء من الدودة لزم الامر به ثانيا ليخرج الباقي وصفة القشور لها تأثير عظيم في النتائج فالقشور الرطبة اقوى جدا من الجافة ويقال ايضا ان القشور المجلوبة اقوى من البلدية لكن هذا غير ثابت ومغلي قشور الرمان يسمى بالمغلي المضاد للدود في كتب الاقرباذين وذكروا فيها انه يؤخذ من القشور اوقيتان ومن الماء رطلان تنقع مدة اربع وعشرين ساعة ثم يغلى الماء بلطف حتى يصير رطلا واحدا ثم يصفى ويضاف عليه اوقية من شراب النعناع ويقسم ذلك على ثلاثة اكواب يستعمل في كل نصف ساعة كوبة وعند اليقظة من نوم يوم الاستعمال يؤمر بجرعة مسهلة واذا عرض بعد الكمية الاولى او الثانية قيء كما قد يتفق ذلك لم يكن ذلك مانعا لاعطاء الكمية الباقية فانها لا تنتج ذلك فان لم يخرج القرع بذلك اعيد العمل ثانيا وبعض الاطباء اختار ان يؤمر مدة يومين او ثلاثة في الصباح والمساء بزجاجتين من مغلي اقل قوة من ذلك اي مركبا من اثني عشر درهما من القشر تغلى نصف ساعة في ثلاثة ارطال من ماء ويلزم بعد ذلك الامر بالمسهل

ومن المضادات للديدان ما ذكره العرب في كتبهم وهو ان يؤخذ ترمس بري وصبر وشحم حنظل يعجن بماء ورق الخوخ والاجاص ويضمد به حوالي السرة فان كانت المعدة ضعيفة فلتعجن الادوية بماء السفرجل ويزبه ومن القبايل

للديدان الصغار شحم حنظل وقنطوريون وملح ومن الحقن حقنة من قنطوريون وسرخس وافتيمون وبسفايج وقسط ومر وقشر اصل التوت فيؤخذ من كل ثلاثة دراهم تطبخ وتستعمل بزيت

ويظهر ببادى الرأى ان علاج الامراض الديدانية قابلة لتجربيات صحيحة اذا امكن اجتناء ديدان حية وتعريضهن لتأثير جواهر دوائية مختلفة فالجوهر الذى يسرع قتل هذه الحيوانات بدون ان يحدث فعلا مضرا فى القناة الغذائية يلزم ان يكون هو المفضل على غيره ونقول قد عملت هذه التجربيات الاان النتيجة لم تتوافق فاولا يعسر جدا انالة الديدان حية لكونها تموت سريعا اذا صارت فى جو آخر غير الذى كانت فيه فالهواء الجوى قاتل لها وايضا لايمكن الجزم بالنتيجة الواصلة الحاصلة فى الديدان من تأثير بعض الادوية التى تغيرت وتنوعت من فعل الهضم ومع ذلك فالنتايج القليلة التى وصل اليها المجربون فيها الكفاية اذلم تترك وراءها شيأ فقد اثبت رودى وارتمان ان الزيوت الثابتة ليس فيها خاصة طرد الدود التى جعلوها لها وهذا له نظير فان الحشرات تموت فى الزيت لكونه يسد اعضاء تنفسها لكن يقال اين اعضاء التنفس للديدان المعوية وظهر من تجربياتهما ايضا ان زيت الخروع لايؤثر خلاف تأثير الزيوت الاخر وان خاصة طرده للدود يلزم ان تكون حاصلة من خاصة اسهاله فان الديدان البشرية تعيش فى هذا الدهن من اربع واربعين الى ثمان واربعين ساعة والبرد والكوول والزيوت الاحتراقية تقتل الدود فى الحال ولذلك نجحت الحقن الباردة مع كروفلير كما قلنا فى احوال كثيرة كانت فيها الديدان شاغلة للمعا الغليظ ووضع جوميردودة قرع طويلة فى مطبوخ جذر الرمان الغير الضعيف فرأى انها تكرشت وصارت غير متحركة ووضعها فى الماء البارد فلم تفعل الابعض حركات ضعيفة فاستنتج من ذلك ان قشر جذر الرمان سم لهذا النوع من الديدان وسيأتى جملة مركبات لطرد الدود فى الدستور الذى سنذكره آخر الكتاب ان شاء الله تعالى فهذه هى الاعتبارات الرئيسة التى عندنا فى الديدان المعوية فى الانسان ولنختم ذلك ببيان بعض غلطات ينبغى ان تتنبه

لها الاطباء وهو ان هنالك اجساما تخرج مع القيء او مواد الاسهال وتشبه الديدان بل شرحها بعضهم بذلك ولقبها بشبه الديدان المعوية او بالديدان المعوية الكاذبة

الديدان المعوية الكاذبة * قد تدخل اجسام فى القناة الغذائية وتستفرغ متغيرة بحيث لا تعرف ويكون منظرها كجسم آلى او دودة او قطع من دودة بحيث قد ينغش بها الطبيب قال كروفلير ومن ذلك ما اطلعنى عليه الطبيبان كربير ومرشال على انه نوع مخصوص من الديدان المسماة اداتيد اى الحوصلية وكان ذلك كتلة حوصلية وجداها فى براز مريض مصاب بقولنج شديد انقطع منه بمجرد خروج ذلك ولما رأيتها ظننت ببادى الرأى انى عثرت على نوع جديد من الديدان الحوصلية وكانت تلك الحوصلة مستطيلة منتهية بطرفين خيطيين احدهما مندغم فى شبه جوهر خاص لكننى لما امعنت النظر والتأمل وجدت ذلك منسوجا نباتيا لم يظهر لى حينئذ نوع النبات الذى هو منه فعرفت ان هذا الجوهر منسوب لجوهر خاص من الثمار وكثيرا ما يحصل غلط مثل ذلك لعلماء المولدات الثلاث فيظنون ما هو بمنظر حيوانى انه حيوان والامر ليس كذلك واتفق ان طفلا عمره احدى عشرة سنة كان الطبيب استيابيل يعالجه وكان معه نوب عصبية غريبة الطبيعة ففى نوبة من النوب صار ذلك الطفل يضرب خثلته ويقول كيف يزعجنى شئ صغير فخرج من دبره جسم صغير محاط بمادة مخاطية ومن حينئذ خلص الطفل من تلك النوب فظن استيابيل انه حيوان ورسم صورته وسماه باسم مخصوص على انه حيوان مع انه على مقتضى ما قال رودلفى انما كان منسوجا نباتيا كشف فيه هذا العالم اوعية حلزونية وذكر برمسير انه كثيرا ما حمل اليه بقايا اغذية غير منهضمة من اغشية واوتار ونباتات وسيما الهليون والفطر ويقولون له انها انواع من الديدان واغرب من ذلك ما انغش به جميع مجلس ديوان العلماء بمدينة سيين من ايطاليا وظنوه حيوانا جديدا مزدوج الارجل وجعله لامرك من جنس مخصوص وبالجملة يسهل بادنى انتباه تمييز بقايا الجواهر النباتية او الحيوانية

عن

عن الديدان الحقيقية وسيما اذا كان عند الشخص بعض معارف تشريحية وطرف من علم الحيوانات فبذلك يتميز الحيوان وبقاياه بصفاته المعروفة عنده

الباب الثالث

فى امراض متعلقات القناة المعوية

ينبغى ان يعتبر الكبد والطحال والبانقرياس من متعلقات القناة المعوية فيلزم دراسة امراضها هنا وفى هذا الباب فصلان

الفصل الاول

فى نمو الكبد وعيوب تكونها

الكبد فى الجنين يبكر ظهورها اى يسرع فقد اثبت ولتير ان الكبد فى الجنين الذى له ثلاثة اسابيع يكون وزنها نصف وزن جميع جسمه وفى الجنين التام الاشهر يكون بالنسبة لجسمه كنسبة واحد لثمانية عشر او واحد لعشرين وتملأ فى الجنين والطفل المولود نحو ثلث تجويف البطن لانها تنزل الى قرب العرف الحرقفى وبالجملة هذا العضو يسرع فى الظهور والنمو مدة الحياة داخل الرحم بحيث يعد من الاعضاء المهمة البطنية وذلك لانه يتم وظائف عظيمة ذاتية بالنظر للدورة الدموية الجنينية بل ربما كان له دخل ايضا فى التغذية لان ناتج افرازه ربما كان معينا على تغذية الجنين ولا حاجة لنا باطالة الكلام فى ذلك لان هذا ليس محله

واما عيوب تكون الكبد فنقول فيها الكبد لا تعدم بالكلية الا فى عديم المخ رأسا كما سيأتى ولا تشغل دائما فى المولود محلها المعين لها فقد توجد خارج البطن فى حالة ليس فيها انثقاب الجدار البطنى بل وفى التجويف الصدرى اذا عدم جزء من الحجاب الحاجز وقد يوجد فى الكبد شقوق عميقة وتغيرات فى الشكل يقل الاهتمام بها وقد تعدم المرارة مع وجود قنواتها ولا يحصل من ذلك عوارض قال بليار ولا اعلم انه شوهد اطفال ولدوا مع عدم وجود شئ من القنوات الصفراوية وبالجملة يندر ان تولد الاطفال ومعهم شئ من عيوب تكون

الكبد التي تغير صحة المولود او توقعها في الخطر كمعظم العيوب التي ذكرناها

الفصل الثاني
في امراض الكبد

قال بليار الاطباء الانقليزيون يهتمون جدا بامراض الكبد في الاطفال كما في البالغين فينسبون لتكدر وظائف هذا العضو معظم الانحرافات الهضمية وجعلوا السبب الغالب لكثير من تلك الامراض هو صفات الصفراء التي يصبها الكبد في الامعاء واني لاجل التمسك بقواعد صحيحة في هذا الموضوع بحثت مع الانتباه في كبد جملة اطفال وتحققت الصفات الطبيعية للصفراء فيهم والاعراض التي كانت معهم مدة الحياة فما رأيت في تلك الصفات والاعراض شيأ يوضح ويبين سبب ما تمسك به الاطباء الانقليزيون في زعمهم بالتاثير الذي تفعله وظائف الكبد في صحة الاطفال ولكن قبل ان نذكر النتائج العامة لهذا البحث والتفتيش نذكر كليات في امراض الكبد التي تظهر قبل الولادة فلنجعل في هذا الفصل مبحثين

المبحث الاول
في الامراض الخلقية في الكبد

الكبد كثيرا ما تكون محلا للاحتقان دموى مدة الحياة داخل الرحم وكثيرا ما يكون هذا العضو ايضا احمر مسودا قاتما ووجدت منسوجه في طفلين لينا جدا وتنتشر منه رائحة واضحة كرائحة الادروجين المكربن وكانا وصلا لتمام اشهرهما وكانت بنيتهما قوية والحالة الظاهرة لجسمهما لا تعلن بشئ من الضعف ووجدت مرة في كبد طفل مولود بعض تحببات درنية ومثل ذلك ايضا في الطحال والرئتين وسنرجع لذلك عندما نتكلم على درن الرئة واما مقدار الصفراء والصفات الطبيعية لها في الاطفال فليس فيها اختلاف وبموجب ذلك ليس لها هنا قواعد ثابتة عامة واما الاحتقانات الضعفية في الكبد فهي في الحقيقة الآفة الكثيرة الحصول في كبد المولودين جديدا وتعقل ذلك سهل فان الدورة الكبدية متعلقة تعلقا واصلا بالدورة العامة وبمقتضى ذلك

تستشعر سريعا بالانخرامات التى تعرض فى وظائف الجهاز الدورى وقد
يتمزق كبد الجنين التام الاشهر من ادنى ضغط يحصل على قسم الكبد فقد شاهد
كروفليير مثالا من ذلك وكان حاملا على ظن ان الضغط الذى يحصل على اعضاء
تناسل الام قد يحصل منه فى بعض الاحوال هرس كبد الجنين

المبحث الثانى

فى الامراض الكبدية التى تظهر بعد الولادة

ينبغى لاجل اعتبار تغيرات الكبد ان تعرف اولا اوصاف هذا العضو ومنظره
فى حالة السلامة ففى معظم المولودين يكون من الظاهر احمر مسمرا قاتما ودائما
محتقنا بالدم ويسيل منه اذا شق نقط كثيرة سوداء سائلة وتكون المرارة مستطيلة
صغيرة الحجم مملوءة بصفراء لزجة خضراء كراثية وكلما تقدم الطفل فى السن قل
احتقان الكبد وصارت الصفراء اكثر وزاد تمدد المرارة وقوام منسوج
الكبد يكون دائما بحيث اذا قطع يخرج القطع نقيا ولا يتمزق الا بعد جذب
عنيف وفى هذا المبحث اربعة مطالب

المطلب الاول

فى احتقان الكبد

ادنى عائق للدورة يحصل منه الاحتقانات الضعفية فى الكبد وتلك الاحتقانات
كثيرة الحصول للمولودين وتختلف اختلافا كثيرا بالنظر لكمية الدم المتراكم
فى منسوج العضو فقد يكون فيه كثيرا جدا بحيث يحصل منه شبه تصعد
دموى على سطحه ويكون وجهه المحدب فى هذه الحالة ملونا ومندى بطبقة
من دم منتشر اومتصاعد بانفراش قال بليار قد رأيت فى كثير من الاطفال
انصباب دم فى البطن حاصل من هذا الفيضان والاعراض التى توجد
فى الاطفال المصابين بهذا الاحتقان الكبدى لايمكن ان ينكشف بها وجود الداء
فهى نظير اعراض الاحتقان الرئوى وكثيرا ماتوجد الكبد فى اسفكسيا
المولودين محتقنة بدم اسود سائل ومثل ذلك ايضا العروق الغليظة البطنية
وبقية الجهاز الدورى عموما فيكون الاحتقان الكبدى حينئذ ناشئا من شبه

فيضان دموى نحو الاعضاء البطنية التى منها الكبد فبسبب كثرة اوعيتها تكون قابلة لان تحتقن وتمتلىء بالدم

ويظهر ان احتقانات الكبد قد تغير نتائج افرازها فنى بعض الاطفال الذين فيهم الكبد قوية الاحتقان وجدت المرارة متمددة ممتلئة بصفراء ثخينة خضراء مسودة بل احيانا مدممة واتفق فى طفل انى رأيت بدل الصفراء دما اسود خيطيا ويقال ان الكبد المتغير تركيبه لم يتيسر له ان ينوع الدم الذى يقبله تنوعا حيويا اوفسيولوجيا حتى يصير صفراء وعلاج الاحتقان الكبدى يلزم ان يكون كالاحتقانات المعوية والصدرية لان هذه الحالة الاحتقانية تشاهد فى آن واحد فى هذه الاجهزة الثلاثة التى يظهر انها مرتبطة ببعضها بواسطة فروع من جذع واحد من جذوع الدورة

المطلب الثانى

فى التهابات الكبد فى الاطفال

قال بليار اظن انه ليس هناك عضو يعسر تحقق التهابه فى الاطفال كعسر تحقق التهاب الكبد فتغيرات لونه وتركيبه كثيرة مختلفة بحيث لا يعرف فى الغالب السبب الذى ينسب له ذلك ولا نتكلم هنا على الانواع الكثيرة التى توجد فى لون كبد الكبار البالغين وانما نذكر بعض تنوع فى لون كبد الاطفال وحيث لم يكن عندى فى مشاهداتى امر يقينى فى الصفات التشريحية ولا فى الاعراض للالتهاب الكبدى فى الاطفال الرضع التزمت ان اقنع بما ذكره المؤلفون وأجتهد فى تكملة القواعد والاصول التى يتأسس عليها شرح التهابات الكبد فاقتصر على ذكر النتايج العامة لابحاثى وتفتيشى فى الهيئات المختلفة للكبد ونسبتها الكمية الصفراء وكيفيتها واعراض الجهاز الهضمى التى توجد فى الطفل وليكن ذلك فى المطلب الثالث

المطلب الثالث

فى احوال مختلفة للكبد معتبرة بالنسبة لصفة الصفراء

قال بليار قد فعلت هذه الابحاث فى خمسين طفلا من الذكور والاناث وسنهم

من يوم وستة ايام الى ثمانية اشهر فوجدت فى كبد اثنى عشر منهم الصفات الظاهرة للسلامة مع عدم الاحتقان والترشح بالدم زيادة عن العادة وفى اثنين وجدت الصفراء متلونة وفيها بعض لزوجة ووجدتها فى ثلاثة كثيرة عديمة اللون صافية كالمصل وفى واحد خضراء جيلة قليلة وفى اثنين مسودة كثيرة جدا وفى اثنين آخرين قليلة الكثرة صفراء زاهية وفى اثنين آخرين خضراء مصفرة كثيرة اللزوجة فقد شوهد فى هذا البحث الاول مع وجود صفات السلامة للكبد ان لون الصفراء وقوامها يختلفان ووجدت الكبد محتقنة بالدم فى ثمانية وعشرين طفلا وكانت الصفراء خضراء قاتمة ومتوسطة الكثرة فى عشرة منهم وخضراء منتقعة كانها عديمة اللون فى ثمانية اخر ومختلطة بدم فى اثنين وثخينة صفراء كانها متجمدة فى ثلاثة وقليلة الكثرة صفراء فى اربعة ومتبدلة فى المرارة بسائل ابيض خيطى كالمخاط فى طفل واحد

فعلم من ذلك ان الاحتقان الدموى فى الكبد لا يسبب تغير الافراز الذى هو متماثل دائما اقله فى الظاهر فانا نرى هنا ان كمية الصفراء وصفتها يختلفان كثيرا فى الاطفال الذين توجد كبدهم فى حالة مرضية واما العشرة الباقية فوجد فى كبدهم صفات مختلفة ومثلها فى الاختلاف صفات الصفراء ايضا ففى ثلاثة اطفال كانت الكبد منتقعة وكانها خالية من الدم وكانت الصفراء فى الاول منهم منتقعة جدا وفى الثانى شديدة قتامة اللون وفى الثالث خضراء مسودة مخلوطة بالدم فهنا نجد شيأ عظيم الاعتبار وهو ان الصفراء خضراء قاتمة فى طفل كبده كانت خالية من الدم وعديمة اللون بخلافها فى بعض من كبدهم محتقنة بالدم فانها وجدت زاهية عديمة اللون وفى رابع العشرة المذكورة كانت الكبد سهلة التمزق واذا امزقت وجدت كانها محببة واما جوهرها فيظهر كانه مترشح بمصل مصفر ولذا كان اصفر جيلا وكانت الصفراء زائدة الكثرة وخضراء قليلة اللزوجة وفى الخامس كان منظر الكبد ورديا لطيفا والصفراء كانت صفراء رقيقة وفى السادس والسابع كانت الكبد كبيرة الحجم منتقعة شحمة والصفراء عديمة اللون فى واحد وصفراء مخضرة فى الآخر وفى الثامن كانت

الكبد سنجابية من الظاهر ولا يوجد ذلك اللون الاعلى السطح لانها لما شقت وجد جوهرها اسمر محمرا شديد القتامة وكانت ايضا سهلة التمزق جدا والصفراء خضراء خيطية والمرارة نفسها مغشى باطنها بمخاطية سميكة جدا وفى التاسع كان لون الكبد مزرقا من الظاهر ومخضرا من الباطن وكانت تلك الكبد متينة بحيث اذا قطعت قطعا تخرج تلك القطع نقية وفى العاشر تحولت الكبد الى لب محمر اذا هرست تنتشر منها رائحة الادروجين المكربن وكانت الصفراء زائدة الكثرة ولونها اخضر غامق وكان معها مقدار عظيم من الدم لكنه ليس مختلطا بها وانما هو منفصل عنها بهيئة حبوب وخيوط متميزة عن بعضها

فنتج من هذه الابحاث ان منظر الكبد مختلف جدا ومثل ذلك منظر الصفراء بحيث لا يمكن وضع نسب وارتباطات عامة بين حالة الصفراء الموجودة فى المرارة والحالة الاعتيادية والمرضية للكبد واختلاف صفات الصفراء يلزم ان يكون باختلاف التنوعات الكثيرة التى تعرض فى الفعل المفرز لاعضائنا ولا يمكن الوقوف على تلك التنوعات مادامت مجهولة لنا كيفية حصول الافراز فى باطن الاعضاء فاذا اردنا الخوض فى اسباب امراض الكبد وطبيعتها فى الاطفال وجدنا انفسنا مرتبكين فى ميادين الجهل فنعترف بالعجز عن الوصول لمعرفة ذلك نهاية ما نتسلى به عن ذلك ويكون جابرا لهذا الخلل الذى عجزنا عن انسداده انا بالبحث عثرنا على اشياء نافعة فى العلم وهى بيان بعض غلطات للمؤلفين ينبغى التحرز من الوقوع فيها فى مدة بحثى وتفتيشى على اسباب امراض الكبد وطبيعتها اشتغلت ايضا بتحليل آخر للمشاهدات لاعرف لاى شئ نسب المؤلفون لآفات الكبد اسهال المواد الصفراء والخضراء فى الاطفال وليكن بيان ذلك فى المطلب الآتى

المطلب الرابع

فى حالة الكبد وصفات الصفراء بالنسبة للاسهالات المعوية

لما بحثت فى الثمانية والاربعين طفلا المصابين بالالتهاب المعوى او المعدى

المعوى وجدت فى عشرين منهم اسهال مواد صفراء كثيرة وفى ستة وعشرين اسهال كثير ايضا لمواد شديدة الخضرة وهاهى حالة الكبد والصفراء فى هؤلاء الاطفال ففى خمسة عشر منهم تكاد ان لا تكون الكبد محتقنة ومن هؤلاء الخمسة عشر اربعة كانت الصفراء فيهم قليلة الكثرة وصافية جدا وثلاثة كانت فيهم خضراء قاتمة زفتية زائدة الكثرة وفى الباقين لم يكن فيهما شئ عظيم الاهتمام ثم فى خمسة وعشرين طفلا كانت الكبد محتقنة بالدم كما يشاهد ذلك كثيرا فى احوال اخر فى هذا الزمن من الحياة واما الصفراء فكانت صفاتها مختلفة فى كل منهم فتختلف من اللون الاصفر المنتقع الى الاخضر الغامق جدا وواحد منهم تبدلت الصفراء فى مرارتها بمقدار عظيم من الدم المسود واما الثمانية الباقية من العدد الاصلى المعرض للبحث فكان لون الكبد فيهم اصفر او اخضر او اسمر او ازرق وكانت الصفراء سائلة صافية فى بعضهم وكثيفة خضراء فى الباقى فهؤلاء الثمانية والاربعون الذين عرضوا للمشاهدة وان كان معهم اسهال او قئ لمواد صفراء او خضراء الاان منظر كبدهم فيه اختلاف كثير فكان تارة سليما وتارة محتقنا وتارة توجد فيه الصفات التشريحية التى نعرف الآن نسبتها الرتبة من الامراض الثابتة طبيعتها ثبوتا واضحا فما الذى يستنتج من هذه الامور الواقعية وما البيان التعليمى الذى ينزل على القواعد الغير اليقينية التى تمسك بها معظم الاطباء الانقليزيين من نسبتهم للكبد مجانا انخرام الوظائف الهضمية ولنترك تحقيق ذلك لتفتيش الاطباء غيرنا ومع ذلك لا نعول على مجرد التخيلات متى استنتجنا من الامور الواقعية ما يخالفها فالظاهر لنا ان المندفعات الثفلية الصفراء والخضراء مهما كان سبب تلونها انما هى العرض القريب للعقل لالتهاب معوى ينبغى قبل كل شئ الاجتهاد فى شفائه ليشفى الاسهال الذى ليس الا نتيجة له وهذا هو رأى الطبيب دويس حيث قال فى مبحث الاسهال ان فى الاسهال الصفراوى تكون المواد الثفلية خضراء او صفراء شديدة الاصفرار وتكون الامعاء متهيجة بكثرة فيضان الصفراء المعيبة فيها او بدون ذلك وهذا الداء يتسلطن بكثرة فى الاطفال فى اقاليمنا اى بالاميرقة مدة الصيف او قرب زمنه

وجميع الناس يعرفون تأثير الحرارة فى وظائف الكبد ومن المشاهد عموما فى الزمن الحار ان الاستفراغ الثفلى فى الكبار البالغين يحصل حينئذ باسرع ما يكون بل كثيرا ما تكون المواد الثفلية فيهم ملونة بالصفراء ويوجد هذا اللون ايضا فى البول فاذا عرض هذا الداء للاطفال سميناه بداء الصيف انتهى ثم قال دويس ايضا وليس دور من ادوار الطفولية يسلم من هذا الداء بحيث شوهدت استفراغات صفراوية زائدة فى اطفال عمرهم عشرة ايام انتهى واطباء الاميريقة الذين يعتبرون الاسهال الاصفر الكثير الذى يعرض مدة الصيف للاطفال علامة لفيضان الصفراء المهيجة فى الامعاء يوصون اولا باستفراغ القناة المعوية بان تستعمل خصوصا الادوية التى لها فعل مخصوص على الكبد كالكلوميلاس الذى يعطى بمقدار قليل واستعمل دويس اللودنوم لتسكين التهيج المعوى مدة الليل فاعطى منه نصف نقطة للطفل الذى عمره اقل من عشرة ايام ونقطة لمن عمره شهر ونقطة ونصفا اوثنتين لمن عمره من شهر الى ثلاثة اشهر واربعا لمن عمره من تسعة اشهر الى ثمانية عشر شهرا فاذا انضمت الحمى الى الاسهال امر هذا الطبيب بالاستحمامات وبالطرطير الاستيبونى البوتاسى فيسقى منه الطفل بكمية عشر قمحة اى جزء من عشرة اجزاء من قمحة او نصف عشر اى جزء من عشرين جزأ من قمحة او جزء من اربعة وعشرين جزأ من قمحة ممدودا ذلك بالماء وماعدا ذلك امر الطبيب بوران يغذى الطفل بالبيض وبدقيق بعض النباتات وبالامراق والنبيذ الابيض

فعلم من ذلك انه فى حال ما كان ثابتا عندنا من فتح الموتى ان الاسهال الاصفر او الاخضر يصحب دائما التهاب المعا كان اطباء الاميرقة بدون ان ينظروا لحالة القناة الغذائية يوصون بالمسهلات والمقيئات والمنبهات فلا مانع من ان ننسب الاتلاف والاهلاك الذى يحصل غالبا من الامراض الالتهابية فى تلك الاقاليم لمثل تلك الطرق التى هى قليلة التناسب للصحة ولاى شئ لم يبحث لتأكيد هل يوجد فى هذا الداء يقينا فيضان الصفراء فى الامعاء ام لا ولاى شئ لم يجتهد فى ان يؤكد بالابحاث التشريحية هل الكبد من تأثير الحرارة تتهيج وتتعطل اتمام

وظائفها

وظائفها بالكيفية الاعتيادية فبدل ان يجعل من القواعد بدون سبب ولا امر واقعي واضح ان الصفراء تعدل وتبطل فعل الحوامض المتكونة في المعدة وان هذه الحوامض اذا كانت كثيرة جدا واختلطت بالسائل الصفراوي لكن بحيث لم يبطل فعلها به حصل من مخلوطها تلون الاستفراغات الثفلية بلون اخضر فمن ذلك تحصل جملة عوارض ثانوية منسوبة لهذه الحوامض التي هي شبيهة بجواهر سمية يلزم تخليص القنوات الغذائية منها وذلك هو ما تميل اليه النفوس ولا التفات للاراء والتخيلات المذكورة التي لم تزل تنتقل من زمن الى زمن مأخوذة بالقبول لكن لا يخفى ان من الناس من عميت بصيرته وانشغف قلبه بالتوهمات والمذاهب القديمة التي تسقط بتحليل الحوادث التشريحية التي لا يزال الطب يستضئ بها كل يوم حتى تسقط في زوايا الاهمال كما سقط غيرها من الغلطات الطبية فالرجوع الى الحقيقة اولى والتمسك بالامور الواقعية اقوى ولو قلت ان ما تمسكتم به ظني غير يقيني لقلنا ان الظن اسلم عاقبة من الغلط المحقق نسأل الله الهام الصواب وفتح الابواب

وبالاختصار نقول لم يكن شئ اعسر من تشخيص التهاب الكبد وتحقق وجوده بفتح الرمة في الاطفال الرضع وان الاسهال الاصفر المخضر يوجد غالبا مع التهاب الامعاء ولم يثبت كونه نتيجة داء في الكبد فالاحسن في حالة الشك ان يلاحظ كونه من اعراض الالتهاب المعوي ويعالج الطفل بمقتضى ذلك لا ان نقول على سبيل الادعاء والتخيل ان هذا الاسهال ناتج من فيضان صفراء مهيجة في القناة المعوية يحتاج لاندفاعها بالمسهلات

وكثير من المؤلفين تكلم على خراجات في كبد المولودين المصابين باليرقان مع ان تمييز ذلك في الكبار البالغين عسر جدا على ان فتح الموتى مرات كثيرة لم يحقق وجود ذلك حقيقة وهناك ايضا امر آخر ذكره المؤلفون وهو مصاحبة امراض الاثنى عشرى لامراض الكبد والطبيب كروفلير شاهد ان الاطفال الذين اصيبوا بالتهاب الاثنى عشرى كان معهم مع ذلك انتقاع مرضى في الكبد وقال بذلك دينيس ايضا ولكن المراد هنا معرفة طبيعة

اللين قال بليار واقول اولا انى وجدت الكبد مختلف الاحوال فى الاطفال المصابين بالتهاب الاثنى عشرى وبعض ممن كان موضوعا للبحث المذكور قريبا كان معه كما ذكرنا التهاب الاثنى عشرى غير انه ينبغى ان يتذكر كثرة تنوعات المنظر الذى للكبد حينئذ واما من جهة اللين فلا اقول برأى الطبيبين المذكورين اذا كان مرادهما اللين الالتهابى اى الذى يتبع التهابا شديدا فى الغشاء المخاطى المعوى واما اللين الابيض فذلك امر آخر فان اعضاء الطفل وجميع اجزاء جسمه ضعيفة وكأنها خالية من الدم فلا يستغرب صيرورة الكبد عديمة اللون ولا نتكلم هنا على يرقان المولودين لاننا لانعتبره آفة عرضية للكبد كما سنثبت ذلك فيما يأتى فلنجعل مبحثه فى آخر الكتاب

والمرارة اى الحوصلة الصفراوية يظهر ان مرضها نادر قال بليار ولم يتفق لى مشاهدة عيوب تكونها وذكر دينيس انه شاهد عدم وجودها ثلاث مرات وقد تكون احيانا ناقلة النمو فتكون جيبا صغيرا كرويا وجدرانها فى الغالب تتلون من الصفراء بلون اخضر ووجهها الباطن مطلى بطبقة مختلفة السمك من مادة مخاطية وفى بعض الاحيان تكون المرارة رقيقة الجدار شفافة فيشاهد مرسوما على سطحها تفرعات وعائية عديدة ووجدت مرة فى جثة طفل لم اجتن مشاهدته هذه الحوصلة ملتهبة التهابا حقيقيا ووجهها الباطن فيه احمرار شديد وسمك الجدار كان عظيما وكثيرا ما يوجد فيها احمرار نقطى دقيق بحيث لا تمكن مشاهدته الا بعد ازالة الصفراء الملونة فى العادة للمرارة

والتغيرات المرضية للقنوات الصفراوية كضيقها وانسدادها والتهابها تعرض للبالغين والعجائز اكثر من الاطفال الصغار

واما امراض الطحال والبانقرياس اللذين هما ايضا من متعلقات القناة المعوية فلا اقول فيهما شيأ مخصوصا غير ان احتقانات الطحال هى التى تشاهد بالاكثر فى المولودين وهناك امثلة لتمزقه بسبب حالة مرضية شبيهة بذلك

والبانقرياس يوجد فى الاطفال المولودين متقدما فى النمو ولا شك فى انه يعين على ممارسة الوظائف الهضمية ويصب ناتج افرازه كثيرا كان اولا فى القناة

الغذائية للاطفال لكن لم يتيسر لى ان اتحقق هل يحصل من عدم هذا الافراز اوكثرته المفرطة تكدر فى بعض وظائف القناة المعوية اذ يعسر مثلا ان يحقق هل انضم فى الاسهال المخاطى اوالمصلى للاطفال افراز البانقرياس مع افراز الجهاز الجرابى المعوى حتى قام منه كثرة البرازوسائليته

الباب الرابع

فى امراض الجهاز البولى

فى هذا الباب ثلاثة فصول

الفصل الاول

فى نموّ الجهاز البولى

هذا الجهاز يشتمل على المحفظتين الكلويتين والكليتين والحالبين والمثانة ورباطها المسمى اوراكوس ومجرى البول ففى شهرين من الحمل يبتدأ فى الجنين تميز المحفظتين بل يكونان حينئذ اكبر حجما واعظم وزنا من الكليتين نفسهما ثم بعد ذلك يأخذان فى صغر الحجم تدريجا واما الكليتان فبالعكس اى يأخذان فى زيادة الحجم حتى يكونا عند الولادة اكبر حجما من المحفظتين بثلاث مرات وهاتان المحفظتان يحتويان فى الابتداء على سائل لزج يملأهما تقريبا ثم يمتص ذلك السائل شيأ فشيأ حتى لايبقى منه الاطبقة سميكة مسمرة ملتصقة بالجدار الباطن للمحفظة فاذا بحث فى المحفظتين فى المولودين يوجد دائما فى باطنهما الجوهر اللين المسمر الذى ذكرناه واذا بحث فى ذلك الجوهر وجد كثير الاختلاف فى المنظر فتارة يكون لونه كلون الشكولا اى مسحوق اللوز الهندى وتارة يشبه الجوهر المخى المخلوط بالدم قال بليار وكثيرا ماوجدته رخوا ابيض منتشرا بحيث يظن انه صديد وذلك الجوهر لايذوب اذا عرض للنار ولايلوث الورق تلويثا دهنيا وشبهه بالعنصر الليفى المشابه لليف الدم اقرب من شبهه بالسائل المصلى او المخاطى او الدهنى وليحترس من جعله نتيجة افراز مرضى اوفساد فى المنسوج والمنظر الظاهر للمحفظتين اصفر محمر اواسمر مزعفر والغالب كونهما خشنتين كأن فيهما انشعاعا وقوامهما متخلخل

بحيث يسهل تمزيقهما فاذن لا ينبغى جعل هذا القوام من اللين المرضى فيهما
والكليتان اللتان لا تظهران الا بعد المحفظتين اعنى فيما بين الشهرين الى تمام
الثالث تكونان اولا مركبتين من جملة فصوص مجوفة متصلة ببعضها اتصالا
واسعا ومتلاصقة بواسطة منسوج متخلخل بحيث يسهل فصلها عن بعضها
ثم تتقارب تلك الفصوص جدا حتى تكادان تختلط ببعضها وتصير اقل عددا
وفتحاتها الاتصالية اقل اتساعا وتنتهى حالا بان يكون لها مقطع واحد ضيق
ينفتح فى مخزن عام يسمى بالحويض وفى مدة حصول هذا الانضمام الخاص
للفصوص يتكون الجوهر القشرى شيأ فشيأ ويكون واضحا فى الشهر
السادس ومما ينبغى التنبيه عليه هو ان هذه الفصوص تفرز فى باطنها من
اوائل نشأتها سائلا ابيض مصليا يمددها الا انه يندفع كلما تكون الجوهر
القشرى فيزيد سمك جدران الفص وينقص تجويفه فاذن يقرب للعقل ان هذا
السائل المنفرز دائما يسيل فى الحويض ومنه فى الحالب الى المثانة

والمثانة يبكر ظهورها وتكون على شكل جيب صغير متميز حينما تكون الكليتان
مجرد رسم فقط ولا تكون المثانة حينئذ الا كوصلة وقطعة من الاوراكوس
الذى فى ابتداء تكون الجنين يبقى واسعا متميزا سائرا نحو الحبيل السرى ثم ينقص
تجويفه تدريجا وينسد بحيث ان المشرحين الذين لم يشاهدوه الا زمن الولادة
ينكرون قنويته

واما الحالبان ومجرى البول اللذان هما من متعلقات الاعضاء المجوفة التى
ذكرناها فتتكون متى اتسعت هذه الاعضاء وتلك القنوات وذلك يحصل
كلما ازداد نمو الطفل

الفصل الثانى
فى عيوب تكون الاعضاء البولية

عيوب تكون الجهاز البولى توجد بكثرة فى المولودين جديدا ولما كان هذا
الجهاز مكونا من جملة اجزاء مرتبطة ببعضها ارتباطا متينا بالنظر لتشريحها
ووظائفها كان كثيرا ما يتفق ان عيب تكون فى احد هذه الاجزاء يجذب معه

ايضا تشوه الجزء الذي من نوعه ولهذا كثيرا ما تكون الرئتان محلسا لزوغان عضوي ناتج من عيب في تكون الحالبين او المثانة او مجرى البول وسنذكر مثالا من ذلك مع ان هذه العيوب في التكون يوضح حصولها جيدا بالاستعداد الاصلي في الاجزاء المركبة للعضو هذا وقد ذكرنا ان الكليتين كانتا في الاصل مركبتين من فصيصات كثيرة يتفرز على سطحها الباطن سائل يسيل من الحالبين للمثانة لكن اذا كان في الحالب انقطاع او انسداد لقناته بقي هذا السائل في الفص فيمدده ويحفظه في حالة حوصلية فيمنع النمو المطلق للجوهر القشري فبدل ان تكون الكلية يشاهد في الجثة الرمية كتلة مختلفة الحجم من حوصلات شفافة متراكمة على بعضها بدون انتظام وبينها وبين الحويض اتصال بالمباشرة او بالواسطة فيقوم من ذلك استسقاء حقيقي كيسي في المولودين وهذا هو ما تدل عليه المشاهدة الآتية على الاثر

عيب تكون في الكلية وانسداد في الحالب * طفل عمره اربعة ايام دخل بيت المرضى في الثالث والعشرين من فوريير وكان قوي البنية وجلده زائد التلون ومعه في القسم القطني ورم مستدير رخو الملمس يوجد في مركزه سطح محمر وفي دائرته حوية صلبة حمراء غير متساوية وبقي الطفل في المارستان مدة شهر وفي هذا الزمن صار يأخذ في النحول والضعف ببطئ وكان معه اسهال وقيء كثير وكان صياحه ضعيفا دائما ودورة الدم فيه بطيئة حتى مات في الحادي والعشرين من مرس ولما فتحت جثته شوهد انصباب عظيم لمادة مصلية في البطينين الجانبيين للمخ وفي طول السلسلة وفي الورم الموجود في القسم القطني في محاذاة تباعد النتوين الشوكيين اللذين للفقرة الاخيرة القطنية والاولى العجزية وليس في الجهاز الهضمي شيء عظيم الاهتمام الا ان الجهاز البولي فيه ما سيذكر وهو ان الكلية اليسرى تقوم من كتلة غليظة كبيضة الاوزة مركبة من فصيصات نصف شفافة متراكمة على بعضها بدون انتظام فتتكون منها اكياس صغيرة مملوءة بسائل ابيض عديم الرائحة وتلك الاكياس بينها وبين بعضها اتصال والقريب منها للحويض منفتح فيه ووجد ذلك الحويض

ايضا مملوءا بسائل شبيه بالسابق وليس فى الكلية اثر للتركيب الطبيعى ومع ذلك يشاهد قرب شقها طبقة من منسوج خلوى ثخين كانه مندمج وفى هذا المنسوج انتهى الوريد والشريان الكلويان بالانسداد قال المؤلف وقد فتشت وبحثت على ارتباط الحالب بالحويض فلم يفد البحث شيأ وتكون من ذلك الحويض حاجز غير نافذ وغير متصل بشئ وكان الحالب واضح النمو قرب المثانة حيث ينفتح فيها كالعادة لكن كلما صعدنا نحو الكلية شاهدنا انهما تحولا الى حبلين صغيرين رقيقين جدا متشعبين الى فرعين وليسا مثقوبين وتلك الخيوط قرب الحويض متضاعفة ومختلطة بالكلية على شكل رجل الاوزة والكلية اليمنى وجدت اكبر حجما من العادة والمثانة متمددة قليلا وتحتوى على بول متكدر يوجد فيه مقدار عظيم من حصى صغير دقيق كالرمل وكان فى الرئتين بعض احتقان دموى والفتحات الجنينية كانت منسدة

وهذا الاستسقاء الكيسى فى الكلية كان عظيم الاعتبار بسبب مصاحبته لانسداد الحالب وعدم انثقابه ففى هذه المشاهدة وجد عيب مزدوج فى تكون الجهاز البولى اى عيبان متميزان لكن يظهر ان احدهما نتيجة الآخر فان المظنون ان استسقاء الكلية كان نتيجة طول مكث السائل الذى لم يجد له مسلكا لا من الحويض ولا من الحالب ولا تنس ايضا وجود الحصوات فى البول فاذا وجد مانع لسير البول فى جزء آخر من القنوات البولية لزم ان يوجد فى الاجزاء الموجودة من اعلى الانسداد اتساع مشابه للاتساع الذى ذكرناه وذلك هو ما تدل عليه المشاهدة الآتية وهى ان طفلا مات عند الولادة فوجد راسه صغير الحجم واطرافه نحيفة جدا وجلده مسترخيا وفيه بعض بنفسجية وبطنه منتفخا جدا وتكون منه ورم مستدير زائد البروز على هيئة مخروط مستدير طرفه هو السرة وكان اندغام الحبيل السرى فى هذا الطفل واسعا جدا واذا جس هذا الورم استشعر بالسائل يقينا وبالاختصار يوجد فى رمة الطفل جميع الصفات لرمة طفل ولد تام الاشهر ولما فتح البطن وجد جيب واسع مالئ لهذا التجويف به اندفعت التلافيف المعوية الى الخلف

والاعلى

والاعلى ووجد موضوعا ومنفرشا على الاجزاء الجانبية امام هذا الجيب قليلا الحوصلات المنوية التى قنواتها المنوية طويلة ورقيقة جدا ووصلت تلك الحوصلات الى الجزء السفلى الجانبي من الكيس حيث توجد الخصيتان وقرب طرف هذا الكيس المزعوم بين الحوصلتين المنويتين وجد المستقيم غليظا متمددا بمقدار عظيم من العقى وملتصقا التصاقا متينا مع الانسداد بجدار هذا الجيب الكبير الحجم الذى عرف انه المثانة المتمددة بسائل ابيض عديم الرائحة لا يخضر الورق المصبوغ بالتورنسول وتسبح فيه مواد مخاطية بيضاء خيطية كمواد النزلة الحوصلية وكان الجدار الباطن لهذه المثانة ابيض مغشى بطبقة من مخاط ملتصقة به والفوهة الباطنة لمجرى البول غير موجودة واذا جست القناة بمجس المراة امكن دخوله الى نصف قيراط فقط وعرف بتشريح هذه القناة انها تأخذ فى التضايق تدريجا من رأس القضيب حتى تنسد بالكلية وتنتهى بحيث لا تكون الا خيطا مستطيلا ضيقا كانها فقدت فى النسيج الخلوى الجسمانى ولم تتيسر معرفة البروستتا يقينا وانما وجد ما يظن انه هى وهو منسوج محمر موضوع على المثانة خلف اندغام المستقيم ووجد الحالبان منفتحين جيدا فى المثانة وقطرهما واسع ويأخذان فى الاتساع ببطئ كلما ذهبا الى الكليتين اللتين كان حجم كل منهما فى الجانبين كبيضة دجاجة تقريبا وفيهما التركيب الفصى الذى فى الحالة السابقة ومع ذلك كانت الفصوص اقل غلظا وشفافية وجزء منها مغطى بجوهر قشرى غير ان التويجات والحويض كانت اوسع واكثر تمددا من العادة وتلك الفصوص مملوءة بسائل ابيض عديم الرائحة ومتصلة ببعضها وتنفتح فى الحويض واما الاوراكوس فلم يوجد الا على هيئة قناة صغيرة منسدة ولم يوجد لذلك الطفل شرج وبحث فى المستقيم من الباطن فوجد فيه سد غير نافذ وكان جيد الالتصاق بالمثانة وبقية الاعضاء ليس فيها شئ عظيم الاهتمام

فانسداد مجرى البول فى هذا الطفل يظهر انه كان سبب استسقاء المثانة واستسقاء هذه كان سبب استسقاء الكليتين اللتين نعوق نموهما الاعتيادى

بل وقف بالكلية ويظهر ان المثانة بتمددها وعظم حجمها كابدت شبه حركة ازجوجية من الخلف الى الامام ومن اسفل الى اعلى بحيث صار قعرها فى محل قمتها وجذبت معها فى هذه الحركة جميع الاجزاء الملتصقة بها من الاسفل وكأنها اخرجتها من الحوض فلذلك وجدت الحوصلتان المنويتان والمستقيم موضوعة وملتصقة بجزئها العلوى ووجدت فوهة الحالبين على جزئها الجانبيين المقدمين فقد وجدت جملة عيوب فى التكون ناتجة من العيب الاول وكما اشتركت مع عضو هذا العيب الاول جميع اجزاء جهازه اشتركت معه ايضا اعضاء اخر لم يكن له بها من الارتباطات الا المجاورة فقط

وربما نفعت هذه المشاهدة كالتى قبلها للدلالة على ان فضلات الجنين او اقله سائل القنوات البولية تندفع فى الحالة الاعتيادية خارج جسمه ويقرب للعقل رسوبه فى ماء الامنيوس فانه اذا عرض مانع لسير هذا السائل فاض فى مخازنه ومددها تمددا خارجا عن العادة كما يشاهد ذلك ايضا فى الكبار البالغين المصابين بتضايق مجرى البول او شلل المثانة وذلك الاستنتاج ربما نفع فى مبحث شرح احوال الجنين

والطرق البولية قد يوجد فيها ايضا عيوب اخر فى التكون لان هذا الجهاز كما قال مكيل من الاجهزة التى يوجد فيها كثير من الاشياء الغير الاعتيادية فقد لا توجد الكليتان راسا اولا توجد الا واحدة فقط وتشغل عادة الخط المتوسط فتكون موضوعة على العمود الفقرى وقد يختلف عظم حجمهما وقد تنفصل فصوصهما انفصالا عميقا وقد يختلف موضعهما ايضا ويكون ذلك من اسباب مختلفة وذلك كأن ينجذبا الى الاسفل او يصعدا الى الاعلى جدا جهة الحجاب الحاجز بسبب الالتصاقات المعيبة التى قد تحصل فيهما مع الاجزاء المجاورة لهما ومن عيوب الحالبين عدم وجودهما او عدم كمالهما او انسدادهما او كثرتهما وقد ذكر شئ من ذلك فى المشاهدات السابقة وفى غيرها ثم ما عدا تمدد المثانة وتغير محلها قد لا توجد اصلا لكن ذلك نادر فقد ذكر رشارسون قصة صبى عاش ست عشرة سنة لم يبل ابدا من قضيبه ومع ذلك كان

جيد الصحة وكان بوله يخرج من دبره فكان معه اسهال مستدام غير شديد الثقل عليه وذكرت اشخاص ممن عدمت فيهم المثانة كان الحالبان فيهم منفتحين فى المهبل فى الاناث وفى مجرى البول فى الذكور وشوهد ايضا عيب من عيوب التكون ذكر امثلة منه شوسيير ودنكان وغيرهما وهو انقلابها فيعدم جدارها المقدم وعنقها او جزء صغير او كبير من المجان والعانة فالعضو حينئذ ينقلب الى الظاهر فيشاهد بالعين سطحه الباطن الذى يحمر من ملامسة الهواء وتارة لا يعدم الا الجدار الخلفى فقط بحيث يحصل اتصال واسع بين تجويف المثانة وتجويف المهبل فى النساء او باطن المستقيم فى الذكور ويوجد مع ذلك العيب انقسام الجدار البطنى او تفرق عظمى العانة فى محاذاة المثانة بحيث يظهر من هذا العضو فى خارج البطن السطح الباطن لجداره الخلفى فيوجد كما قلنا احمر حلميا كانه فطرى ومندى بمادة مخاطية وتختلف حساسيته قلة وكثرة ويدمى من اللمس العنيف وكثيرا ما يشاهد منه فوهتا الحالبين بحيث يرى مرور البول منهما على الدوام واذا ادخل فى هاتين الفوهتين مجس مقوس قليلا ذو زر جاز ان يدخل فى عمق الحالبين من اربعة قراريط الى خمسة بدون ان يتألم المريض او لا يحس الا بألم خفيف فى الكليتين والغالب ان يحس بذلك فى الكلية المقابلة للجهة التى ادخل فيها المجس وهذا الورم غير قابل للرد باليد بل ربما تألم منها وكما يوجد بالاكثر فى الذكور يوجد فى الاناث لكن بقلة ففى الذكور شوهد الذكر من تحت الورم المكون من انقلاب الجدار الخلفى للمثانة وطوله فى الغالب قيراط او قيراط ونصف فى البالغين الكبار وفيه تفرطح من اعلى الى اسفل ويوجد فى جزئه العلوى ميزاب مكون من الجدار السفلى لمجرى البول ويحوو سط هذا الجدار فى جزء المجرى المسمى فى الحالة الطبيعية بالحفرة الزورقية قد ترتفع درنة اى حدبة شبيهة بالعرف المجرى يشاهد على جوانبها فوهتا القناتين القاذفتين ويشاهد تحت الحشفة هدب من الجلد كانه القلفة جزؤه العلوى مشقوق والجسمان المجوفان مرتبطان بعظمى الجبهة والعانة كما فى التكون الاعتيادى لكنهما صغيران جدا وبعد انضمامهما

قد يتجهان نحو الحشفة ويختلطان بها واحيانا يتجهان نحو الورم وهناك ينتهيان والقناتان المنويتان تتبعان سيرهما الاعتيادى وتنقصان فى الحوصلتين المنويتين اللتين تكونان صغيرتين جدا وموضوعتين خلف الجزء السفلى للورم الفطرى وفى بعض الاشخاص يكون الصفن جيد التكون ويحتوى على الخصيتين واحيانا يكون العجان فيه بعض بروز والصفن صغيرا غير محتو على الخصيتين وانما تكونان موضوعتين قرب العانة فى ثنيتين من الجلد يشبهان فى الشكل والوضع الشفرين الكبيرين للانثى واحيانا اخر لا يوجد صفن اصلا وانما توجد ثنية يحس فيها بالخصيتين قرب الاربيتين وفى بعض الاحوال يكون الشرج موضوعا امام موضعه الاعتيادى وضيقا بحيث ان الطفل لا يتبرز الا بتألم شديد كما شوهد ذلك فى طفل عمره ثلاث عشرة سنة ولذا كان يلتزم حينئذ قضاء حاجته من وقوف لا ان يجلس القرفصاء وفى شخص آخر كان الطرف السفلى للمستقيم واسعا جدا يشبه المثانة واذا كان فى الحالة الاعتيادية كان مملوءا بالبول فهذه هى الصفات الرئيسة للتركيب المعيب فى اعضاء التناسل فى الذكر المصاحبة لانقلاب المثانة فقد شوهد ان اعضاء التناسل فيهم وان كانت معروفة الا انها انما كانت بقايا اعضاء غير قادرة على اتمام وظيفة التناسل

واما فى النساء فنادر فيهن كما علمت ويكون مصحوبا كما فى الذكور بعيوب فى اعضاء التناسل وان كان رويش ذكر انه شاهد هذا الانقلاب فى بنت عمرها ستة ايام واعضاء تناسلها الظاهرة جيدة التكون واما برسى فشاهد عيوبا فيها مع بنت عاشت حتى كان عمرها حين شاهدها اثنين وعشرين سنة وكانت بمدينة برلان وكان الشفران الكبيران ممسوحين بالكلية وجبل الزهرة معدوما ومحله املس محلوق وكأنه لم يكن لها مهبل اصلا لانه كان صغيرا جدا مفتوحا من الامام ولم يحصل لهذه البنت الا بعض فيضان طمثى قليل والاشخاص الحاضرون وقت البحث فى هذه البنت ارادوا ان يعرفوا هل لها رحم ام لا واذا كان لها هل هى قابلة للتوالد ام لا الا ان ذلك لم يمكن تحقيقه حينئذ فى هذه البنت نعم كان ذلك اعنى وجود الرحم وشهية الجماع وقبول التناسل

غير

غير مشكوك فيه فى بنت ولدت بهذا العيب فى المثانة وذكر مشاهدتها تيبول وكان عمر هذه البنت عند البحث ثنتين وعشرين سنة وتكون من الجزء الباقى من المثانة فى الجزء السفلى من الخثلة بين عظمى العانة المتباعدين عن بعضهما ورم رخو قابل للانضغاط مستدير بدون انتظام شديد الحمرة مؤلم عند اللمس ومغطى بمادة مخاطية زلالية مدممة ومثقوب من جزئه السفلى بفوهتين بينهما مسافة من سبعة خطوط الى ثمانية ويمر من كل منهما البول على الدوام قطرة قطرة واحيانا على هيئة سلسلول محسوس وسيما فوهة الجانب الايسر اذا ارتاضت هذه البنت زمنا ما اوشربت نبيذا اوضغط على الورم من الجانب اوعلى الجزء السفلى من الخثلة ولا يحصل ذلك بالضغط ولو قويا على جزئها العلوى ويشاهد تحت هذا الورم بخطين اوثلاثة مدخل المهبل على شكل شق مستعرض طوله ستة خطوط وعرضه خط واحد واذا ادخلت السبابة فى هذه الفوهة ميز بها خلو واسع يعرف فى عمقه جيدا بعد المدخل بنحو قيراط فوهة الرحم وجسمها وكان الشفران الكبيران جيدين وعليهما شعر ولاسيما جزؤهما العلوى وينشآن متباعدين عن بعضهما قرب الاجزاء الجانبية للورم الذى يلامسانه بوجههما الباطن ثم ينزلان متقاربين لبعضهما ببطئ ويذهبان حتى ينتهيان فى الشرج ويتركان بينهما مسافة على هيئة ميزاب بدون ان ينضما ليتكون منهما الثنية المسماة بالشوكة فى الحالة الطبيعية واما الشفران الكبيران فكانا فى تركيب جيد وكان البظر موضوعا على الشفر الصغير الايمن مختلطا معه غير انه يعرف من ادنى تمييز وكانت هذه البنت تحيض جيدا من سن اربع عشرة سنة ولها شهية للاجتماع بالصبيان الذكور وحملت بعد سنتين من اجتماعها الكثير بشاب وفى مدة الحمل لم يحصل لها ثقل وولدت ولادة جيدة بدون استعانة بالصناعة غير ان الطفل لم يخرج من فوهة المهبل وانما خرج من فوهة حصلت فى العجان وفى جميع الاحوال تحقق بالبحث فى جثث الذين ماتوا بانقلاب المثانة انه لم يكن لهذا العضو الاجداره الخلفى وهناك مشاهدة لطفل مات بهذا العيب سنة ١٦٨٦ شرح

جثته جراح شهير فوجد الحالبين واسعين جدا والمثانة منقلبة ليس لها تجويف ومكونة لورم احمر من الظاهر ووجد فى اصل الحشفة جسما غدديا صلبا تنتهى فيه القناتان المنويتان بدون ان يعرف فى محل آخر الحوصلتان المنويتان وكان الصفن جيد التكون ويحتوى على الخصيتين والشرايين السرية اقصر من العادة والاوردة اطول

والصفات الخاصة للانقلاب الخلقى للمثانة لم يغفل عنها تونون الذى هو اول من قدم ذلك لديوان العلماء وتحقق هذا الماهر بتشريح جسم طفلين ولدا بهذا العيب ان الورم الخلقى مكون من النصف الخلفى للمثانة التى كانت قائمة مقام حشى من الاحشاء البطنية فصارت بارزة محدبة بثقل الامعاء وشاهد ايضا ان المصابين بهذا العيب ليسوا خالين من الاوعية السرية كما يظن ذلك فى الاشخاص الذين لا يوجد فيهم التحام السرة اولم يكن ظاهرا فيهم فتذهب تلك الاوعية فيهم الى السرة التى قد لا تكون الا زرا جلديا فى غلظ الحصة وترتبط بها فاذن من المحقق ان الاشخاص الذين فيهم المثانة غيرت محلها كما ذكر لهم اوعية سرية تتكون منها الحبيلات التى تخرج من البطن نحو الجزء العلوى من الورم الحوصلى فارقة الخط الابيض حيث يظهر الورم لكن من حيث ان السرة موضوعة فى هؤلاء الاطفال انزل جدا عن العادة بل قد تكون فوق العانة حالا تكون الشرايين والاوراكوس اقصر من العادة والاوردة اطول وقد تحقق بعد تونون مشاهدة هذا العيب فى اطفال كثيرين شرحت جثثهم وفى جميع الاحوال يوجد اتساع فى جميع طول الحالبين ماعدا الجزء القريب للمثانة النافذ فى الجدران بانحراف كالعادة لينفتح فى سطح الورم الحوصلى بفتحة ضيقة جدا

ولا يمكن شفاء هذا العيب العضوى مع ان المصابين به قد يعيشون ثلاثين سنة واربعين بل سبعين مع صحة جيدة غير ان البول يقطر منهم على الدوام من فوهتى الحالبين وينتشر على الورم وجلد الاجزاء المجاورة له فيسبب فيها سلوخا واخداشا ونتوات حمرية ويبل على الدوام الملابس فتنتشر منها رائحة نتنة ويمكن التحرز

من

من بعض هذه الاخطار بالنظافة والغسل فيتلقى البول فى اناء مخصوص ليمنع انتشاره على الجلد والملابس

قال مكيل وقد شوهد انقسام المثانة الى قسمين كما شوهد ايضا تكونها من جملة اكياس متلاصقة ببعضها ويزيد ثقل هذه العيوب وخطرها كلما اقوى مانع سير البول

واما مجرى البول فقد يوجد فيه انسداد تام او غير تام او مجرد تضايق فى القناة وان كان التضايق من الانسداد الغير التام وفتحة المجرى اى الصماخ قد لا تكون فى طرف الحشفة كما هو العادة وانما تكون فى جزء ما من الجزء السفلى للذكر وذلك العيب هو ما يسمى ايبوسباداياس ومعناه ما ذكروه هو مقابل لعيب آخر يقال له ايبسباداياس اعنى ان تكون فتحة مجرى البول من الوجه العلوى اى الظهرى للذكر وهذا العيب الاخير اعنى الايبسباداياس اقل من الاول وينتج من وقوف للنمو وعرض مدة الحمل فمنع التكون المنتظم لهذا العضو الذى هو مجلس له وانما كان هذا العيب نادرا بسبب الحجم العظيم للاجسام المجوفة والسمك العظيم للمنسوجات الموضوعة فوق المجرى فكان الجدار العلوى اقل تعرضا لهذا الانقسام من الجدار السفلى

وفى احوال الايبسباداياس تكون الحشفة اكبر حجما ومستديرة غير مثقوبة والذكر غير تام النمو ويوجد اما فى الشق الفاصل للحشفة عن القلفة او فى ظهر القضيب بعيدا او قريبا لارتفاق العانة فتحة مستديرة منضغطة ضيقة مغطاة حوافيها بغشاء مخاطى غير اعتيادى يخرج منها البول الآتى من المثانة وهذا العيب يعارض الوطئ متى كانت الفتحة الغير الاعتيادية موضوعة من الخلف وقريبة لقاعدة الذكر ولا يعرف علاج الا بعملية سنذكر شروطها وكيفيتها قريبا مع عملية الايبوسباداياس

واما الايبوسباداياس اعنى انقسام وانفصال الجدار السفلى للمجرى البولى فهو اكثر حصولا من الاول بسبب وضع القناة المحفوظة من الاعلى بالاعضاء السميكة المجوفة كما قلنا بخلاف سطحها السفلى فانه يكون تحت الجلد فى جميع

طولها اولهذا العيب اصناف كثيرة بالنظر لوضع الفوهة واقطارها وشكلها ومنظرها

النوع الاول * قد لا يعدم الا الجدار السفلى للصماخ البولى وبطول الشق القائم الذى به ينتهى مجرى البول ويصير واسعا منفتحا من الاسفل الى الحفرة الزورقية وتكون الحشفة المشاهدة من سطحها الظهرى مكونة بانتظام واما القلفة فلا يوجد فيها شئ خارج عن العادة الا انها من الاسفل تندغم فى الزاوية الخلفية للشق المجرى الذى تتركه فى الغالب منكشفا لكونها قصيرة جدا بحيث لا تصعد فى هذا الاتجاه الى الاعلى كما تكون فى الاشخاص الاخر

النوع الثانى * قد تكون الحشفة فى بعض الاشخاص غير مثقوبة ومجرى البول ينتهى فى محاذاة الحفرة الزورقية بفوهة موضوعة اسفل الشق القائم مقام الفتحة الطبيعية لهذه القناة باربعة خطوط او خمسة والغالب ان تكون هذه الفوهة صغيرة جدا بحيث لا يخرج منها الا نافورة دقيقة جدا مخفية فى ثنيات الجزء السفلى من القلفة التى يلزم لكشف هذه الفوهة جذبها الى الاسفل وبسط طياتها مع الاحتراس والاجزاء المجاورة لتلك الفوهة محمرة ومكونة من غشاء رقيق جدا وكثيرا ما يكون الذكر قصيرا والحشفة مستديرة فى طرفها متجهة الى الاسفل بسبب تقوس الذكر كله فى هذا الاتجاه والقلفة التى هى واسعة جدا فى الارباع الثلاثة العليا من دائرة القضيب يظهر كونها مقورة من الاسفل وموضوعة على الحفرة الزورقية بحيث يتكون منها على الحشفة شبه حوية غشائية مسترخية متثنية على نفسها ومقطوعة بتربيع

النوع الثالث * قد تنتهى المجرى خلف الحشفة وتحت جسم القضيب نفسه وكثيرا ما تنتهى فى الزاوية التى تتكون من هذا العضو امام ارتفاق العانة فى المحل الذى ينضم فيه الجزء المقدم من الصفن بالجلد المغشى له والذكر فى هؤلاء الاشخاص يكون اقصر واكثر تقوسا من الاسفل وارق مما فى الاشخاص الاخر والحشفة يوجد فيها ايضا شق ينتهى حالا بحاجز غير نافذ يحاذى المحل

الذى

الذى يمتد اليه المجرى والفتحة الغير الاعتيادية تكون تارة ضيقة وتارة مستطيلة بحيث يكون طولها جملة خطوط وحوافيها محمرة مبرومة مخاطية تارة تتلامس وتارة تتباعد كما اذا حصل لدائرة القناة فقد جوهر عظيم

وهنالك نوع رابع يكون فيه مجرى البول مفتوحا فى جزئه المحاذى للصفن وربما وجد هنا ايضا خصوصيات كثيرة عضوية لا بأس بمراعاتها فنقول اذا كانت الفتحة الغير الطبيعية قليلة السعة فان الصفن المنكمش جزؤه المتوسط يذهب حتى يجتمع بمجرى البول ويكون محل الخصيتين فى جزئيه الجانبيين واما القضيب فيوجد فيه دائما ماعدا اقطاره صفاته الاعتيادية فى التركيب ولا يوجد فى نوع الشخص اى ذكورته او انوثته ادنى اشتباه فى اى زمن كان من ازمنة الحياة اما اذا كان فى الشخص غير ذلك كشق العجان والصفن وسيما اذا كان القضيب قصيرا دقيقا بحيث يشتبه بالبظر الذى فيه بعض نمو وكانت الخصيتان ممسوكتين فى مسير القناة الاربية ولا يحس بهما فى الصفن وخلى هذا الصفن من المنسلخ وصار كحوية جلدية على شكل الشفرين الكبيرين للفرج فان الشك فى النوع لازم الحصول واكثر امثال الخنثى المشكل داخلة فى ذلك

والايبوسباديا س ينشأ دائما كالاول من وقوف عرض فى زمن من ازمنة الحمل لنمو اعضاء التناسل فى الذكور فيوجد تارة مجرد عدم انضمام النصفين الجانبيين لمجرى البول على الخط المتوسط الاسفل وتارة عدم استطالة هذه القناة الى المحل الذى تنتهى فيه فى الحالة الاعتيادية المنتظمة وهذا الجنس من التشوه يكون اندر كلما كان ابعد عن الحالة الطبيعية للاعضاء والنوع الاول اكثر وجودا من غيره ويليه النوع الثانى ثم الثالث ثم الرابع

وينتج من وجود هذا الجنس ثقل يكون اعظم كلما زاد التشوه فاذا عدم الجدار السفلى فقط للصماخ البولى لم يحصل عائق فى خروج البول ولا فى خروج المنى واما اذا كان الانثقاب محاذيا للحفرة الزورقية او خلفها ببعض خطوط فان نافورة البول تكون غالبا دقيقة جدا وتتجه عمودية الى الاسفل نحو قدمى الشخص الذى يمكنه مع ذلك ان يدفعها امامه بان يرفع طرف الحشفة ويصير

الوجه السفلى للقضيب محدبا غيران هذا العضو يبقى مقوسا الى الاسفل مدة الانتصاب وخروج المنى الذى يكون دائما عسر الايحصل زرقا لكن لما كان هذا السائل ينصب فى عمق عظيم من المهبل كان التلقيح ممكن الحصول ايضا ونتيجة العلوق وان كانت غير يقينية فى النوع الثالث الا انها ممكنة بشرط ان لا تكون الفوهة الغير الاعتيادية موضوعة قرب الصفن بحيث لا يمكن الذهاب بها الى تجويف المهبل ففى هذه الحالة يتجه البول من غير انحدار الى الاسفل واما اصحاب النوع الرابع فليسوا اهلا للتناسل ووجود الشق تحت العانة يلزمهم بان يبولوا ككيفية تبول النساء فينزل البول عموديا بين ساقيهم وهذا التمييز ليس ضرورى الاستحضار فى العمل ويمكن ان ينفع نفعا جيدا فى ايضاح مسائل من الطب السياسى من جهة التناسل اذا عاش الطفل بهذا العيب حتى بلغ

وليس فى الجراحة لشفاء هذا العيب الا شئ يسير ونقول ان النوع الاول لا يسبب نقصا فى ممارسة وظائف التناسل فلا يحتاج الى وسائط من الاعمال واما النوع الرابع فيصحبه انخرامات كثيرة بحيث ان الصناعة لا تقدر على اعادة الاعضاء لحالتها الاعتيادية وليس الامر كذلك فى النوع الثانى والثالث فقد اتفق لدبويترن انه ازال تشوه النوع الثالث مرتين ففى احداهما كانت الفوهة الغير الطبيعية ضيقة جدا وموضوعة خلف طرف القضيب بقيراطين ولم يوجد اثر للقناة من امام هذا المحل فاستعمل بازلة صغيرة الاقطار مصنوعة لذلك وغمسها من الجزء المقدم السفلى للحشفة على طول المسير الذى يلزم ان تسلكه القناة الى ان وصل الى محل الناصور وبعد ذلك كوى هذا المسير بحجر الكى الذى براه بريا دقيقا جدا والعوارض الالتهابية التى حصلت من ذلك كانت شديدة بحيث خيف من استيلاء الغنغرينا على القضيب ولكن بعد ذلك سكنت ووضع مجس من صمغ مرن حتى دخل فى المثانة وصار يخرج منه البول باطلاق ولمس الناصور رجلة مرات بنترات الفضة والتحم وصار البول يخرج من المسير الجديد ومع ذلك بقى فيه مدة طويلة هيئة تقبح وتضايق وزال

ذلك

ذلك كله تدريجا باستعمال مجس مستدام حتى تم الشفاء والحالة الثانية من هذا النوع فعل فيها هذا الجراح الماهر ما فعل فى الاولى وتم شفاؤها على ما ينبغى ومثل هذه العملية لا تخلو من الخطر بالنظر لبقاء القضيب بل ولحياة الشخص فلا يقدم الجراح عليها الا بشرطين الاول اذا حصل فى خروج البول تعسر عظيم والثانى اذا الح اهل الشخص واقاربه على فعل العملية طلبا للتناسل من هذا الولد الصغير

ولنختم هذا المبحث بان نقول اذا ولد الطفل ومجراه غير منثقب بالكلية لزم المبادرة بفعل فتحة صناعية سواء فى طرف الذكر اذا وصلت القناة الى هنالك اوفى محل آخر من القضيب لان احداث ايبوسبادياس فى الطفل اولى من ان يترك لموت محقق ناتج من انقطاع سير البول ويعرف وجود القناة وطولها باحساس التموج الحاصل من مرور الاصابع على الجزء السفلى من القضيب فاذا كان البطن متمددا بكبر المثانة الممتلئة ولم يمكن فتح مجرى البول لزم الاجتهاد فى بزل المثانة امامن اعلى العانة اومن المستقيم وهذه الواسطة الاخيرة قد تكون هى الانسب لكونها تنفع لبقاء الطفل واطالة عمره مدة ولاسيما اذا حصل من ذلك اتصال مستدام بين المثانة والمستقيم لان البول يجد له منفذا من هذا العضو ومنافع هذه الوسائط العلاجية فى جميع الاحوال انما هى وقتية ولا تمنع موت الطفل بهذا التشوه بعد زمن ما طويل اوقصير

الفصل الثالث

فى امراض الجهاز البولى

يقرب للعقل ان كلا من الكليتين والمثانة قد يلتهب مدة الحياة داخل الرحم ولاسيما الكليتان وان عسر تحقق ذلك فى المولودين ومع ذلك قد يشاهد تلون خفيف اوشديد فى الكليتين على حسب غيبوبة الدم اوفيضانه كثيرا فى منسوجهما قال بليار كثيرا ما شاهدت على سطحهما فى المولودين اكداما تختلف فى الاتساع ناشئة من انصباب دم تحت غشائهما الخاص واحيانا يشاهد احرار نكتى فى سمك الجوهر الحلمى وهذه النكت الحمر قد تكون احيانا

واسعة بحيث تعد من النمش والبقع الحقيقية

وهناك تغير فى اللون عظيم الاهتمام يشاهد فى الاطفال ذوى اللون اليرقانى وهو ان توجد حزوز مصفرة فاقعة تمتد متشععة من قمة الحلمات الى قاعدتها وتنشأ يقينا من تلون المصل الذى يوجد بين الياف الجوهر الحلمى وهذه الحزوز الملونة تتبع اتجاها منتظما ولا ينبغى اعتبارها نتيجة تغير مخصوص فى منسوج الكلية وانما هى نتيجة للسبب البعيد الذى احدث اليرقان وشاهدت مرة الجوهر القشرى منفصلا عن الجوهر الحلمى بخط اصفر شبيه بالذى ذكرته وكان الجوهر الحلمى كانه محاط بهذا الخط الجزئى

وكثيرا ما وجدت فى المولودين الكليتين رخوة بحيث يسهل تمزقهما اوصيرورتهما على هيئة لبية اذا فعل فيهما حركة جذب ويظهر ان الالتهاب الكلوى الحصوى قد يحصل فيهما مدة الحياة داخل الرحم كما رأينا ذلك فى مشاهدة ذكرناها اقريبا حيث وجدنا فى المثانة مقدارا عظيما من الحصى الصغير وكثيرا ما وجد دينيس حصيات فى القنوات البولية وفى بول المولودين وكثيرا ما وجدت مثل ذلك ايضا واما الحصى الكبير الحقيقى فلم يشاهد اصلا ومع ذلك يجوز مشاهدته انتهى

والمثانة فى المولودين تكون فى العادة صغيرة منقبضة ولا ترتفع اعلى عن محاذاة المضيق العلوى للحوض وسطحها الباطن عظيم الاهتمام بمنظره الابيض المصقول المخالف فى ذلك لغيره من الاعضاء البطنية فان اسطحتها تكون وقت الولادة محتقنة كثيرا او قليلا قال المؤلف قد وجدت مرة فيه نكتا حمرا لكن كان ذلك موجودا ايضا فى اعضاء اخر

والاعراض التى نسبها ولان واندروود لاحتباس البول فى الكلية مع الاطفال يظهر انها ناشئة من التهاب كلوى حقيقى وذلك هو اقل ما يستنتج من مجموع الاعراض التى ذكراها او من نجاح العلاج الذى استعملاه واما ما ذكره اندروود من موت هؤلاء الاطفال بدون ان يكابدوا المًا ولا نحو لا فذلك ناشئ يقينا من كون الالتهابات الشديدة الثقل فيهم كثيرا ما تكون خفية ولا يحصل

منها

منها اعراض اشتراكية واضحة فاذا كان احتباس البول ناشئا من آفة في الكليتين اللتين لم يحصل منهما تمام افرازهما وان كان الطفل لم يتبول فان مثانته لاتتمدد بحيث ان السائل لا يتفرز في الحقيقة بكمية كثيرة كما يكون في الحالة الاعتيادية

قال بليارولس في طاقتي ان اذكر بالضبط اعراض التهاب المثانة في الاطفال الرضع لانه لم يتيسر لي مع غاية الانتباه مشاهدتها اما لكونها قليلة الوضوح في الاطفال الصغار الذين عرضوا لمشاهدتي واما لاختفائها واستتارها باعراض اخر غير اني كثيرا ما وجدت المثانة ملتهبة في فتح الاطفال المختلفين في السن وكانت صفات هذا الالتهاب هو الاحمرار الشديد والانتفاخ الواضح في الغشاء الباطن الذي سهل جدا تمزيقه ورفعه اهدابا وقد شاهدت في ثلاثة اطفال عمر احدهم خمسة عشر يوما والثاني شهران والثالث اربعة اشهر تمدد المثانة فيهم بمقدار عظيم من البول مع التهاب شديد جدا في عنق المثانة التي كانت حمراء شديدة الانتفاخ بحيث حملني ذلك على ظن ان هذا الطفل كان في مدة حياته مصابا بالتهاب مثاني واستدعى ذلك احتباس البول الذي مات منه فيلزم غاية الانتباه لدراسة اسباب احتباس البول في الاطفال حتى يعالج علاجا مناسبا وينبغي الاجتهاد في تمييز احتباس البول الحاصل من التهاب المثانة عن الاحتباس الناشئ من شللها الذي سببه وجود آفة حادة اومزمنة في الجهاز المخي الشوكي ويظهر على مقتضى ماذكره مرتون ومايؤخذ من مشاهداته ان الاطفال يمكن ان تصاب بالديابيطس السكري الذي صفاته فيهم هو النحول السريع والاسهال الكثير والعطش الشديد وكثرة البول الذي يكون كما في الكبار البالغين سكري الطعم والنزلة المثانية اعني الالتهاب المزمن في المثانة نادرة جدا في الاطفال الرضع ثم تصير اكثر حصولا كلما تقدم الطفل في السن سواء كانت موضعية اوكان سببها وجود حصاة في المثانة

ومعالجة هذه الآفات المختلفة سهلة فالالتهاب المثاني الحاد الذي ربما عرف بالتوتر المؤلم في الخثلة واحتباس البول يعالج علاجا نافعا بوضع علقة او علقتين

على العجان وباستعمال الاستحمامات الفاترة والضمادات المرخية على البطن ويلزم فى شلل المثانة الالتجاء لادخال مجس ثم استعمال الوسائط التى تقاوم بها الآفة المخية التى قد يكون هذا الشلل نتيجة لها واذا وجد الديابيطس الذى شاهده موروتون فى الاطفال لزم استعمال الوسائط التى استعملها هذا الطبيب فى طفل وشفى بها وهى التدبير اللبنى الذى يتمسك به مع غاية الضبط فى ابتداء الداء واما المشروب الوحيد الذى يدفع به عطشه الشديد المستدام فهو مخلوط العسل بالماء الحديدى

وقد تصاب المولودون باحتباس للبول غير ناشئ من الالتهاب ولا من شلل المثانة فيمكثون يومين او ثلاثة قبل ان يخرج اول بول منهم فيلزم فى هذه الحالة اذا تحقق وجود الفوهة الطبيعية للمجرى ان يوضع الطفل فى حمام فاتر ويوضع على بطنه اما ضماد او ما اشار به اندروود وهو مثانة مملوء نصفها بماء فاتر

فاذا كان الطفل مصابا بالحصى الصغير او بالحصاة الكبيرة البولية سهل علاجه علاجا مناسبا وقد اوصى ماجندى للاطفال المذكورين بتدبير غذائى نباتى لكن تقول كيف ذلك مع ان اللبن يكفى لتغذيتهم نعم هذا الداء ثقيل جدا يقينا فى هذا السن ولا يمكن الاجتهاد فى اتلاف السبب الا اذا سمح سنهم بفطامهم فتنوع اغذيتهم ويختار منها ما هو مناسب لهم ومع ذلك ينبغى ان تؤمر المرضعة لهذا الطفل بترك الاغذية الدسمة الازوتية كاللحوم وانما تؤمر بالتدبير الغذائى النباتى

الباب الخامس
فى الالتهاب البريتونى

التهاب البريتون يوجد فى الاطفال المولودين اكثر مما يظن فكما يظهر بعد الولادة من تأثير الاسباب المنبهة التى تعرض لها الاطفال قد يظهر ايضا مدة اقامة الطفل فى الرحم كما يدل على ذلك المشاهدات الآتية التى ذكرها بليار وفى هذا الباب فصلان

الفصل الاول
فى الالتهاب البريتونى الخلقى

قال

قال المؤلف شاهدت فى جثة طفلين مات احدهما بعد الولادة بثمان عشرة ساعة والثانى بعدها باربع وعشرين ساعة التصاقات قديمة متينة بين بعض تلافيف الامعاء وبعضها ووجدت فى احدهما الوجه المقدم اى المحدب للكبد ملتصقا بالجدار المقدم للبطن بواسطة اربعة خيوط متينة جدا وان كانت دقيقة فمن المحقق ان هذه الالتصاقات العارضة نتيجة التهاب بريتونى حدث مدة الحياة داخل الرحم واجتاز ادواره قبل الولادة واحد هذين الطفلين كان سقيما صغير البنية زائد الانتقاع واما الآخر فكان فى السمن الاعتيادى الذى يكون للمولودين

وكثيرا ما شوهد الالتهاب البريتونى الحاد فى الاطفال الذين يظهر ان هذا الداء معهم من وقت الولادة فقد ذكر دوجيس فى كتابه فى امراض الاطفال فصلا مهما مخصوصا لهذا الداء وفيه مشاهدة طفل ولد فى اليوم التاسع من فورير سنة ١٨٢١ فى بيت الولادة بباريس وكانت مدة حمله سبعة اشهر ونصف وكان جيد التكون وطوله تقريبا ستة عشر قيراطا ووزنه ثلاثة ارطال ونصف وكانت الاوذيما عامة فيه وبطنه متوتر مع كون التنفس موجودا فيه وصاح وعاش ثلاث ساعات ومع ذلك لم يخرج منه العقى واعطيت له حقنة بماء فاتر وخرجت منه فلما مات فتحت جثته فى اليوم التالى بحضر شوسيير ايضا فوجدت احشاء البطن كلها ملتصقة بواسطة زلال اصفر متجمد ووجدت اغشية كاذبة رقيقة على الكبد والطحال والمثانة وغير ذلك ووجد الثرب ملتصقا بالامعاء والامعاء ملتصقة ببعضها ومجتمعة كانها صرة واحدة مصفرة صلبة سميكة ويظهر كأن منسوجها مختلط بالزلال المتجمد وتحتوى على مادة مخاطية صفراء رغوية ووجدت اشياء غير ذلك وهذا الطفل كان بكرى امه وعمر امه ثنتان وعشرون سنة وكانت جيدة الصحة وانما كان معها قشف واحيانا تعتريها ازرار قوباوية على اليدين

قال بليار وشاهدت التهابا بريتونيا اقل درجة من ذلك فى ثلاثة اطفال ماتوا بعد الولادة بيسير وكانوا اقوياء البنية ولكنى لم اشاهد حالتهم مدة

حياتهم وانما انكشف لى سبب موتهم من فتح جثتهم وكان مع احدهم انصباب مصلى صديدى كثير وكانت التلافيف المعوية شديدة الاحمرار من الظاهر وابتدأت فى الالتصاق ببعضها

ولنا الان نظن ان الالتصاقات الجديدة للبريتون فى الحالة التى ذكرها دوجيس وفى هذه المشاهدات الاخيرة انما هى دالة على التهاب حاد ظهر اما فى اواخر ايام الحمل او مدة الولادة ولا كذلك الالتهاب البريتونى المزمن المصاحب للالتصاقات القديمة المتينة التى ذكرتها واجتازت ادوارها فى الرحم فيسأل ويقال ما الاسباب المنبهة التى يمكن ان تحدث مثل هذا الالتهاب الاخير ويلزم حينئذ ان يكون منقولا من الام للجنين والا كيف يتصور غير ذلك

الفصل الثانى

فى الالتهاب البريتونى الظاهر بعد الولادة

من حيث ان الاطفال معرضون كالبالغين للاسباب المنبهة المحيطة بنا يجوز ان تؤثر فيهم تلك الاسباب تأثيرا تختلف شدته فتهيج اعضاءهم وتلهبها كما يحصل ذلك فينا فينا ألمون كتألمنا وان كان يتعجب من حصول الالتهاب البريتونى لهؤلاء الاطفال الصغار ومع ذلك هو فيهم اما حاد او مزمن وذكر بليار امثلة منه سنذكرها على الاثر

التهاب بريتونى حاد * طفل عمره اربعة عشر يوما دخل المارستان فى الثالث عشر من فوريير وكان قوى البنية الا انه منذ يومين انتقع لونه وصار يتقيأ كلما شرب وترشحت اطرافه السفلى وصارت سحنته تعلن بالالم وهو يضطرب وينزعج على الدوام وانتفخ بطنه وتيبس فصار له قسة فى السرة ويتألم من اللمس لانه كان اذا كبس عليه صاح الطفل واحمر وجهه وعسر تنفسه وكان صدره يرن فى جميع سعته وكان جلده جافا محرقا ولا يمكن وجدان نبض اليد وكانت ضربات القلب المسموعة بالمسماع عميقة خفية والصياح ضعيفا حادا يعسر سماعه وليس معه تبرزقط (فكان علاجه بالحمية والماء المحلى بالسكر والضماد على البطن والاستحمام) ثم مات الطفل فى المساء بين الثالث عشر والرابع عشر

وفتحت

وفتحت جثته فى اليوم التالى فوجد كل من الفم والمرىء والمعدة سليما والامعاء متوترة بمقدار عظيم من الغاز وليس فى البريتون احمرار فى جزء من اجزاء سطحه الاان هنالك التصاقات جديدة متينة بين تلافيف الامعاء وبعضها وهنالك ايضا طبقة غشائية كاذبة سميكة على الماساريقا ووجد فى البطن نحو اوقية من سائل مصلى صديدى منسكب فيه وكل من الجهاز الدورى والمخ سليم فقد خصصنا من اعراض هذا الالتهاب البريتونى الانتفاخ المؤلم للبطن وعدم التبرز والصغر الزائد للنبض والسحنة المتألمة فقد علم من هذه الآفات التشريحية طبيعة هذا الالتهاب البريتونى بحيث لايشك فيها وهاهى مشاهدة اخرى

التهاب بريتونى مزمن * طفل انثى عمره عشرة اشهر طويل القامة لكنه نحيف ممتقع اللون نبت له سنان قاطعان فى الفك السفلى وحصل دفعة له عسر تنفس وكان هذا الطفل فى العادة كثير الانبساط والسرور فصار كثيرا كثير الصياح مدة ايام فدخل المارستان فى الثانى والعشرين من جنفيير فوجد بطنه منتفخا وتنفسه فيه بعض عسر ويسمع سماعا غير جيد فى الجزء العلوى من الجانب الايمن للصدر وكان لسانه جافا ونبضه صغيرا وجلده محرقا ومعه اسهال كثير لمادة خضراء مخاطية (فعولج بالشعير وشراب الصمغ وضماد على البطن ولبن ممزوج) وفى الثالث والعشرين صارت مواد اسهاله اكثر صفاء واقل خضرة وفى الرابع والعشرين كانت اعراضه العامة كالسابق ولم يكن معه حمى ومعه توتر فى البطن وسحنة متألمة وجبهة متكرشة وفى السادس والعشرين اعتراه عسر فى الازدراد وحركات عنيفة للقيء اذا شرب شيأ وضعف فى الصياح واحيانا خفاء وفى حلقه احمرار شديد ومات فى صباح السابع والعشرين وعند فتح جثته وجد فيه انفصال تما وانتقاع عام فى الجلد ووجد فى البطن انصباب نحو اوقيتين من مصل اصفر متكدر والتصاقات عديدة متينة بين قولون المستعرض والقوس الكبير للمعدة وكذا وجد بعض تلافيف من من المعا الدقيق ملتصقة ايضا ببعضها التصاقا متينا ووجد الغشاء المخاطى

للمعدة ورديا منتقعا والذى للامعاء الدقاق مبذور فيه حزوز حمر وفى قولون اثار صغيرة محمرة وعظام القلك العلوى والسفلى كانت رخوة اسفنجية بحيث يسهل قطعها كالغضروف ووجدت اللثة غير ملتهبة والمخ محتويا على مقدار عظيم من مصل ليمونى فى البطينات الجانبية ووجد الجوهر المخى شديد الاحتقان والرئة اليمنى محتقنة

والظاهر انه يعسر تشخيص هذا الالتهاب البريتونى الذى بسبب ازمانه توجد فيه صفات ضعيفة الظهور ومخفية بالتهاب المعا المضاعف له وربما كان عسر التنفس نتيجة الانصباب الكثير الذى وجوده فى الخلة يتعب حركات الحجاب الحاجز خصوصا اذا كبس على تجويف البطن باليد اوبقماط الطفل لان الرئتين لم يوجد فيهما اصابة ثقيلة تتضح بها هذه العوارض المتعلقة بالتنفس

قال بليار واعتبر دوجيس امساك البطن احد اسباب الالتهاب البريتونى فى الاطفال وقوى رأيه هذا ببعض امور واقعية لكن ماعدا كون الامساك فى الغالب نتيجة لهذا الالتهاب لا سبباله لانه لايعرض الابعد ابتداء هذا الالتهاب يمكن ان يقال كيف يصاب الطفل بالالتهاب البريتونى فى بطن امه مع ان الامساك حينئذ لا يكون يقينا كما بعد الولادة عارضا ناتجا من تكدر فى الوظائف الهضمية فيصح ان ينتج الالتهاب البريتونى من انسداد المستقيم او الاختناق الباطن فى الامعاء كما شاهد دوجيس وغيره امثلة من ذلك لكن هذه العوارض قد تعرض احيانا بدون التهاب البريتون كما تقدم ذلك فى المشاهدات التى ذكرناها وعبارة دوجيس يظهر ان السبب الاصلى فى الاحوال الثقيلة هو البرد لكن كثيرا ماظن انه ناشئ ايضا من امساك شاق يمكن فى الحقيقة ان يكون هو العرض الاول ماعدا الاحوال التى يحصل فيها مانع ميخانكى يعارض دورة الدم وخروج العرق ويظهر لى ان الامساك لازم الحصول من ابتداء الداء والبطن بعد ذلك حالا تتوتر وتعظم وتزيد حساسيتها وترن بالقرع الذى ينبه كاللمس البسيط الانين والصياح لهذا الطفل الصغير والجلد يكون

حارا

حارا جافا وسيما جلد البطن ويكون هناك حمى وسهر اى عدم نوم ورفض الثدى وبعد بعض ايام يكثر الانين ويحصل تجشى وقىء وفى الآخر اسهال ويرقان وانتحال محسوس خصوصا فى الاطراف البطنية والبول يقل مدة سير الداء فاذا اريد مشاهدة اللسان مدة الصياح وجد احمر من حوافيه وفى وسطه طلاء من غلالة بيضاء تغشى ايضا احيانا وسط سقف الحلق مع انه لم يكن هناك مرض قلاعى واما النبض فلا يؤخذ منه الا يسير علامة لمن لم يكن كثير الاعتياد على مس نبض الاطفال فيوجد صلبا فى الابتداء وضعيفا فى اواخر الايام وقد رأينا اعراضا زالت فى ثلاثة ايام او اربعة واحيانا يموت الطفل بعد اسبوع او اسبوعين فحينئذ يكثر القىء الصفراوى ويزيد النحول سريعا وتنمحى تخاطيط الوجه ويزيد انتفاخ البطن فيتلون بالسمرة ويكون شكله حدبيا ولا ينقص توتره ولا حجمه من الاسهال ثم يموت الطفل بعد انزعاج وسبات انتهى ويزاد على ذلك ان السحنة تعلن بالالم فهذه هى اعراض الالتهاب البريتونى الذى يستدعى من الطبيب غاية الانتباه وشدة المهارة حتى يميزه عن التهابات القناة المعوية التى قد تصحبه او تشتبه به

ويمكن ان يميز التهاب البريتون عن التهاب البلورا المسمى بذات الجنب برئانية الصدر فان عسر التنفس كما شاهدنا فى المشاهدة التى قبل الاخيرة لا يدل دائما على آفة فى الرئتين فقد يكون نتيجة انتفاخ فى البطن وتعب يحصل فى حركات الحجاب الحاجز وكذلك الآلام البطنية فى الالتهاب البريتونى اذا تحققت تختلف عن الآلام التى تتسبب عن التشنج والتوتر الغازى فى الامعاء فان الآلام القولنجية فى هذه الحالة الاخيرة تكون غالبا مترددة اى تخف وتثقل واذا خرجت الغازات ذهبت وقال ذوجيس من المعلوم ان الامساك والآلام القولنجية يكونان فى الابتداء مع الالتهاب البريتونى اذا كان موجودا ويعسر جدا تمييز الاحوال البسيطة عن المركبة ومع ذلك فالطفل يضطرب ويتلوى فى الالتهاب البطنى اقل مما اذا كانت الآلام القولنجية تشنجية ومن السعد ان الوسائط الاول التى تستعمل مناسبة لكل منهما وورم البروز السرى

يسهل تمييزه عن الفتق البسيط المبتدا وانذار الالتهاب البريتونى فى الاطفال يكون دائما ثقيلا وصفاته التشريحية هى احتقان البريتون والمصل الندفى والاغشية الكاذبة فى تجويف البطن وتوتر المعدة والامعاء بالغاز المسبب لنمو البطن وبروز الالتحام السرى وغير ذلك

العلاج * يلزم ان يبتدأ بقطع الارضاع اوتقول وهو الاحسن بتدبير الارضاع بان يبدل اللبن زمنا فزمنا بمستحلب اللوز ويمنع عنه جميع الادوية القوية الفعل ويوضع على البطن علقة اوعلقتان قريبا من السرة اويوضع اكثر على حسب سن المريض ثم يوضع الطفل فى حمام من مطبوخ الخطمية وعلى بطنه كماد اوضماد من دقيق بزر الكتان الذى يوضع عليه دهن اللوز الحلو ودهن البابونج كما اوصى بذلك شوسيير ويصح ان يؤمر للطفل بمسهل خفيف مركب من دهن اللوز المذكور وماء زهر البرتقان ويصح ان يضاف على ذلك قليل من شراب الخوخ اويؤمر له بقمحتين اوثلاث من الكلوميلاس وببعض ملاعق صغيرة من شراب الشكوريا نوع من الهندبا اويعطى له نصف حقنة فيها درهمان من دهن الخروع اومن عسل حشيشة اللبن ليتحرض التبرز ويحصل تحويل للقناة المعوية لكن لا يلتجأ لهذه الواسطة الاخيرة الا بعد مقاومة شدة الاعراض الالتهابية وتحقق عدم وجود التهاب معوى

وفى النقاهة لا يعاد الطفل للتدبير المقوى المناسب لسنه الاتدريجا ولا يرجع لثدى مرضعته الا بعد ان يغذى زمنا ما بلبن البقر اوالمعز ممزوجا بمطبوخ الشعير المقشر ولا ينبغى ان يهمل حفظ الاقدام حارة دائما ولبس الفلانيل فان التهيج المستدام الذى يحصل بذلك فى الجلد مناسب جيدا فى نقاهة الالتهابات البطنية ولا تعطى المقويات الشديدة كشراب الكينا الا اذا كان الطفل ضعيفا جدا

الباب السادس
فى الاستسقاء

لا يندر ان يوجد فى بطن الاطفال الذين ماتوا بالتهابات مزمنة مقدار ما من مصل

ليمونى اللون غيرندفى ولا يصحب ذلك آفة اوتولد مرضى قادر على ان يكشف وجود التهاب فى البريتون وذلك الانصباب يختلف فى الكمية من نصف اوقية الى ثلاث آواق اواربع والاطفال المصابون بذلك يكون معهم انتقاع ونحول وضعف زائد والاطراف السفلى تكون غالبا اوذيماوية والطرق الهضمية قد تلتهب احيانا لكن الغالب ان تكون عديمة اللون اولينة وهذا الداء يكثر حصوله بعد السنين الاول من الحياة ومع ذلك قد يشاهد فى الصغار جدا بل شوهد مولود دون ولد وابا استسقاء حقيقى وذكر الطبيب روس فى الجرنال الطبى الجراحى مثالا من ذلك وهو ان امرأة عمرها ثلاثون سنة سقطت من محل مرتفع على بطنها وهى حامل فلما قامت احست بنتيجة هذا الاضطراب العام نحو القسم القطنى الخثلى واصيبت حالا بتقطير البول وبعد شهر احست باوجاع الولادة غيران الولادة كانت عسرة بسبب عظم حجم المثانة فاضطر لعملية البزل فيها فخرج ستة امنان من السائل من قناة الآلة واربعة من الطرق الاعتيادية ثم ولدت طفلا ميتا ففتحت جثته فوجد نحو من من الماء فى البطن والصدر واجزاء اخر من الجسم ووجد المنسوج الخلوى محلا للارتشاح عام مع ان جميع اعضاء الطفل الظاهرة والباطنة كانت جيدة التكون ولم يوجد فى شئ منها هيئة موت قط وهذه المشاهدة عظيمة الاهتمام اولا بالنظر لكونها افادتنا وجود استسقاء خلقى وثانيا دلالتها على الارتباط الزائد الذى شاهدناه بين تقطير البول ومكث مقدار عظيم منه فى مثانة الام واستسقاء الطفل

والطبيب اولفيير شاهد نوع استسقاء خلقى لم يعرف الى الآن مثال نظيره فكان المصل محويا فى تجويف الثرب المعوى القولونى وصورة المشاهدة هى ان امرأة جيدة البنية دائما ولدت فى الشهر الثامن من حملها طفلا ميتا مع انه كان جيد التكون وفيه صفات الجنين المنتظم النمو غيران البطن منه كان كبير الحجم جدا وجدرانه ملسا رقيقة بحيث يشاهد منها السائل الشفاف الممدد لها والماشق الجلد سال مقدار بعض ملاعق من مصل اصفر شفاف وكان البريتون مبيضا وليس فيه اثر احتقان وكان تجويف البطن مملوأ كله بورم شفاف مكون

من الثرب الكبير الذى وريقاته متباعدة عن بعضها بسائل مصلى مصفر صاف محوى فى ثنياته ويسبح فى وسطه ندفتان زلاليتان وكان سطح الورم متحدبا لا باستواء بسبب الاوعية التى تسبح فى سمك هذه الوريقة المصلية وتكون منها جملة الجمة ضعيفة الانبساط ووجد ايضا عتامة خفيفة فى الوريقة الخلفية للثرب واما بقية الغشاء فباق على شفافيته الاعتيادية وكانت قناة ونزلوف مفتوحة انفتاحا واسعا قال واظن ان الكمية القليلة من الماء المحتوى عليها تجويف البريتون سالت من هذه الفوهة ومع ذلك جميع اعضاء البطن ليس فيها تغير اصلا وهذا الشرح الذى ذكرناه لا يدل على ان هذا الاستسقاء كان نتيجة التهاب ثربى عرض فى الثرب بدون ان يشارك الباقى من البريتون الثرب فى هذا الالتهاب المحدود انتهى

ويلزم ان يعالج الاستسقاء المذكور بعلاج السبب المحدث الحافظ له

الباب السابع
فى فتوق البطن

الفتوق الخلقية فى البطن قد تحصل فى الفوهات اوالقنوات المختلفة التى توجد فى الجدران البطنية طبيعة اوتنتج من عدم كمال هذا الجدار فيكون بين اجزائه خلل ومسافات واسعة بحيث تنفذ منها الاعضاء المحوية فى البطن وفى هذا الباب ثلاثة فصول

الفصل الاول
فى الفتق السرى

قد شاهدنا ان القناة المعوية فى ابتداء الحياة الجنينية تكون موضوعة كلا اوجلا فى قاعدة الحبل السرى وبانفراشه يتكون منه الجزء المقدم لجدران البطن وكلما تقدم الطفل فى السن انجذبت هذه القاعدة ودخلت التلافيف المعوية فى التجويف الذى يلزم ان يحتوى عليها من الآن فصاعدا فتوجد حلقة صفاقية تحدد وتضيق قاعدة الحبل الذى لا يحتوى فى الطفل المولود الا على الاوركوس والعروق السرية

الحلقة السرية * الخط الابيض من قبل الولادة الى وقتها يكون منقوبا فى جزئه المتوسط بفوهة مستديرة تمر منها عروق الحبيل وتسمى تلك الفوهة بالحلقة السرية والوريد وحده يشغل منها النصف العلوى وهنالك حاجز خلوى مستعرض يفصله عن الشريانين والاوركوس التى تملأ النصف السفلى من هذه الفوهة وتلك الاجزاء منضمة فى دائر الحلقة بمنسوج خلوى مندمج وخصوصا من الاسفل ثم ان تلك الاوعية السرية فى داخل البطن تتباعد عن بعضها فيتكون منها شبه مخروط قاعدته واسعة تجاور الوجه المقعر للكبد والاقسام الحرقفية القطنية وطرف المثانة وقمته تتصل بالحلقة وتنفصل ايضا هذه العروق خلف هذه حالا عن بعضها بمسافة اى خلو كبير والبريتون الذى تكون تلك العروق خارجة عنه يلتصق بها التصاقا متينا كما يلتصق ايضا بالاجزاء المجاورة لها من جدران البطن اما خارج الحلقة فتتقارب هذه الاوعية ليتكون منها الحبيل السرى الذى فى سمكه تنضم ببعضها بواسطة منسوج خلوى متين والجلد المجاور يتكون منه على اصل الحبيل زائدة سعتها من نصف قيراط الى قيراط تنتهى بحافة مسننة غير منتظمة ولا تنضم بالعروق الا بواسطة منسوج خلوى متخلخل وبعد انتهائها يكون غلاف الحبيل غشاء مبيضا نصف شفاف كأنه وصلة من البشرة

وتلك الاوعية السرية بعد الولادة وسقوط الحبيل تنكمش من جانب البطن وتنقبض على بعضها وتجذب نحوها محيط الحلقة فتنضم به مع النسيج الخلوى ومع الجلد الذى يلتصق باطرافها فينتج من ذلك اثرة منخسفة درنية تسد الحلقة سدا متينا وتسمى بالسرة وتكون اكثر متانة كلما بعدت عن زمن الولادة حتى يكون فيها فى الكبار البالغين متانة اعلى من متانة بقية اجزاء الخط الابيض واما فى الجنين وفى الطفل الصغير فبالعكس

اذا عرفت ذلك فلتعلم انه قد يتفق ان قاعدة الحبيل تبقى واسعة وتحتوى على بعض تلافيف معوية فينتج من ذلك فى محاذاة السرة شبه جيب او كيس مستدير واحيانا مخروطى قمته تجاور اندغام الحبيل وقاعدته فى دائر الحلقة الصفاقية

التي تتكون اوسع من العادة وجدار ذلك الكيس يكون مكونا من ثلاثة اشياء الجلد والمنسوج الخلوى والبريتون ويحتوى في تجويفه عادة على لفة او اكثر من تلافيف المعا الدقيق وينبغي الانتباه لربط الحبيل حينئذ خوفا من ان يحتوى الربط على شيء من تلك التلافيف اوغيرها ولكن الغالب ان لا يظهر ذلك الا بعد الولادة بيعض ايام لان الامعاء تندفع نحو السرة فتمر من الحلقة وتبرز اذا كانت متمددة بالاغذية من تلك السرة وتندفع الى الاسفل بانقباض الحجاب الحاجز مدة التنفس والصياح فهذا الفتق وان لم يكن زائد الوضوح وقت الولادة الا ان هيئة الاعضاء للفتق موجودة من وقت الولادة فبذلك يطلق عليه ايضا انه خلقي فهو كالذى يتكون كله وقت الولادة فقد علمت ان الفتق السرى ورم حاصل من زحلقة حشا اواكثر من احشاء البطن عن محله حتى خرج من الحلقة التي ذكرناها او من تباعد الياف الخط الابيض في محاذاة هذه الحلقة ولا تعويل على ما زعموا من ان هذا الفتق ليس له كيس فتقي وذلك غلط ناشئ من كون هذا الكيس رقيقا دائما فان البريتون ينقاد هنا للتمدد اكثر من زحلقته عن محله وماعدا ذلك قد يتفق في الفتق السرى العتيق ان لا يشاهد بالنظر هذا البريتون لكونه انشق ايضا مع الجلد حين الكشف عليه وفى بعض الاحوال قد يذهب بالامتصاص او يتمزق وعثر كوبر على هذا العارض مرتين فشاهد ان الاختناق قد يكون مجلسه في حوافي تفرق اتصال الكيس ثم ان الفتق السرى اما خلقي اوعارضي وله في الحالة الثانية اختلافات مهمة في الاطفال الصغار كما في البالغين فليكن في هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

في الفتق السرى الخلقي

هو يحصل في اى زمن كان من ازمنة الحياة الجنينية وسببه القريب انما هو عيب من عيوب التكون كعدم كمال نمو الجدار المقدم للبطن وينشأ من كون الاحشاء البطنية لم تدخل في هذا التجويف البطني لا من خروجها منه فالجدار البطني قد يعدم احيانا كلا اوجزأ فيوجد هناك حينئذ خروج حقيقي لاحشاء البطن

فتسكن

فتصكن تلك الاحشاء والبريتون الذى هو ككيس لها فى المنسوج الخلوى للحبيل وفى الخلواى التباعد الذى تركته الاوعية السرية فى جدران البطن وعنق الورم يكون فى مركز الحلقة وغلافه هو الكيس والمنسوج الخاص للحبيل ماعدا الجزء الذى هو امام الحلقة حالا فان الجلد يحيط مستديرا به فى سعة بعض خطوط والاوعية تنفصل عن بعضها والوريد يكون من اعلى الورم والشرايين من تحته واحيانا على جانبيه

وحجم هذا الورم يختلف كثيرا فتارة يكون صغيرا جدا بحيث يكون معرضا لان يربط مع الحبيل بدون ان يظن وجوده وشاهد ذويترن مرات كثيرة من هذا النوع وينتج من ذلك اعراض الاختناق وحصول شرج غير اعتيادى وشكل الورم مخروطى واحيانا يكون مخطط تخطيطا واضحا بالاوعية فيكون كانه مكون من جملة فصوص وقاعدته تكون موضوعة امام الحلقة ومغطاة بالجلد وقمته ليست مغطاة الا بالغشاء الخاص للحبيل ويكون شفافا وكان الحبيل السرى ناشئ منه

ومعظم الاحشاء البطنية قد توجد فى هذا الفتق السرى عند الولادة فقد وجدت فيه المعدة والكبد والطحال وغير ذلك وذكر بعضهم حالة حصل فيها تمزق الكيس عند الولادة فكان مهلكا للطفل مع ان الفتق رجع لمحله

فاذا كان الفتق كبير الحجم جدا كان الغالب موت الطفل فى بطن امه اذا لم تطل مدة حياته بعد الولادة زمنا ما سواء وجد مع ذلك عيب آخر فى التكوين اولم يمكن رجوع الاحشاء اولم تقدر على اتمام وظائفها اتماما مناسبا فقد شوهد ان الاحشاء بعد سقوط الحبيل عرضت لملامسة الهواء فصارت محلا للالتهاب قتال وانذار هذا الداء يختلف ايضا على حسب حجم الورم وعدد الاعضاء الداخلة فيه والاهتمام بها فاذا كان الفتق صغيرا لم يخش على حياة الطفل والمعالجة تكون بعوده ورده اذا امكن ثم يربط الحبيل بعد ذلك ويحفظ الفتق من العود بكرة محدبة تبقى حتى يسقط الحبيل

المبحث الثانى

فى الفتق السرى العارضى للاطفال

يتكون هذا الفتق غالبا بعد سقوط الحبيل بزمن تما اوفى الاشهر الاول بعد الولادة وشوهد عروضه نحو السنة الرابعة او الخامسة لكن ذلك نادر والاسباب التي تنسب لها هذا الفتق هى تعويق تضايق الحلقة السرية وعدم كمال هذا التضايق واسترخاء الاثرة التي تحصل بعد سقوط الحبيل والصياح الاعتيادى للطفل والوضع الافقى الذى يوضع فيه غالبا وشد الخرق والقماط المحيط به والتشنجات التي يصاب بها كثيرا وعلى رأى بعضهم دوام عظم حجم البطن باعتبار سنه

ويندران يجاور عنق هذا الفتق مركز الحلقة فالاحشاء تمر بين العروق ومحيط هذه الفوهة باسهل من مرورها بين العروق نفسها الملتصقة ببعضها التصاقا متينا وباثرة الجلد فالرباط المتكون منها بعد انسدادها يشق الورم من قاعدته الى قمته فيكون منظره كزدوج الفص ومع ذلك اذا زاد حجم الورم تلف جزء من الالتصاقات الحاصلة بين الاوعية فتنفصل عن بعضها فى دائرة الورم فيوجد فيه حينئذ ثلاثة فصوص لافصان فقط فاذا لم يزل الورم آخذا فى زيادة الحجم انفصلت بالكلية عن الجلد وانكمشت نحو الحلقة وزال كون الورم فصيا فحينئذ يسرع فى النمو لسهولته اذ ذاك وترق غلافه شيأ فشيأ وينجذب بثقله فينزل قليلا امام الخط الابيض وبالجملة مهما كانت هيئة العروق يكون هذا الفتق فى الاطفال على شكل ورم اسطوانى اومخروطى مستند بقاعدته المستديرة على الحلقة السرية التي يحس الاصبع بدائرها فاذا حصل الرد كانت له هيئة مخصوصة وهى ان الاثرة الخشنة من الجلد تزول بالكلية اوتكاد ان تزول ولا يبقى من الآثار الا نكتة خفيفة مبيضة يظهر ان الجلد فيها ارق مما فى غيرها ويختلف موضعها وفى بعض الاحوال شوهد ان الحلقة مالت للانسداد وحصل رد الفتق بنفسه وتم شفاء الاطفال منه لكن هذه الحالة نادرة جدا

ورد هذا الفتق يحصل فيه غالبا بعض تعسر فاذا كان الورم قليل الحجم تفعل حركات الرد عليه مباشرة من الامام الى الخلف اما اذا كان كبير الحجم فانه يضغط عليه ببعض انحراف من الاسفل الى الاعلى وذكروا لحصول الشفاء

التام

التام ومنع الفتق من العود بواسطتين الضغط والربط والواسطة الاخيرة هي المعروفة قديما فقد ذكرها بولديجين وملسوس وفضلها دسولت على الضغط وها هي كيفية فعلها

فالطفل يستلقي على ظهره ويرد الجراح الفتق ويمنع بسبابة يده اليسرى رجوع الاحشاء من جديد ويتحقق باليد الاخرى ان الرد تام ثم يجذب نحوه الجلد المغطي للورم وبموجب ذلك يجذب معه الكيس الفتقي الملتصق به فيكون على هيئة جيب ذي عنق يلف مساعد على عنقه قرب الحلقة ما امكن لفة او لفتين من شريط مشمع صغير وفي كل لفة يعقد عقدة مزدوجة ثم يغطى الجيب بالتفتيك والرفائد ويحفظ ذلك برباط ففي اليوم التالي للعملية يعرض انتفاخ قليل مع التهاب التصاقي به يحصل انسداد الفتحة السرية لالصاقه حوافي الكيس البريتوني ببعضه وفي اليوم الذي بعده او فيما بعد ذلك يتخلخل الرباط فيوضع رباط جديد يشد حسب الامكان واحيانا يضطر لرباط ثالث وفي نحو اليوم الثامن او العاشر يسقط الكيس مصابا بالغنغرينا فينتج من ذلك قرحة صغيرة لم تلبث قليلا حتى تلتحم فيوضع رباط مستدام يمكث شهرين او ثلاثة وبعد هذا الزمن يكون الشفاء التام

واما الضغط فيفعل بواسطة كرة من خرق تحفظ بواسطة رباط جسم او بواسطة حزام مرن يعلوه كرة محشوة وفيما تحدب قليل لكن لا يوضع ذلك الا بعد سقوط الحبيل ويوضع ايضا رفائد درجية ويحفظ ذلك برباط جسم لكن هذه الطريقة اقل فاعلية من الاولى ولكن وضع الرباط الضاغط يستدعي غاية الانتباه وبدون ذلك يخرم انتظامه فتخرج منه الاعضاء بسهولة بحيث يكون الكيس الفتقي دائما معرضا لقبول الاحشاء ومع ذلك يعسر ان يعطى لكرة الرباط شكل يحصل منه منفعتها وهي انسداد الفوهة التي يخرج منها الفتق فان الكرة اذا كانت محدبة دفعت الجلد الى باطن الفوهة فينحصر نفسه فيها واذا كانت مسطحة لم تمنع الاحشاء عن الخروج فتبقى هذه الفوهة في الحالتين متسعة واما الربط فبالعكس اي انه يتلف جزأ عظيما من الكيس الفتقي مع الجلد المغطي له

وبعد استعماله لم يبق امام الفوهة جيب غشائى يقبل من جديد الاجزاء التى ردت والاثرة التى تحصل بعده يتكون منها شبه سدادة تعارض الرجوع معارضة قوية وتقوم مقام اثرة السرة وبهذه الكيفية نال دسولت النجاح مرات كثيرة وكذلك دتويترن ومع ذلك اختار جملة مشاهير كسبتيير واسكاربا وغيرهم عملية الضغط واعترضوا على الربط بانه كثيرا ما يحصل منه عوارض ثقيلة وتشنجات والتهاب بريتونى وان التقرح الذى يعقب سقوط الخيط قد يعسر شفاؤه او يكتسب صفة رديئة وان الاثرة التى تنتج من ذلك ضعيفة المقاومة وقابلة للتمزق من الحركات العنيفة وانه يوجد فى الحلقة شبه قمع من البريتون مكون من عنق الكيس الذى لم يدخل وذلك يهيئ لفتق جديد بخلاف الضغط فان نجاحه وان كان بطيأ الا انه اقوى ثباتا ونقول نعم قد يحصل من الربط بعض عوارض لكن الظاهر انهم بالغوا فى ذلك فالذى نراه تبعا للمحققين من المتأخرين الآن انه مفضل على الضغط يقينا ثم مهما كانت الطريقة المستعملة لا يرجى الشفاء الاصلى الا للاطفال الذين لم يصابوا به فى السنة الخامسة او السادسة فاذا لم يمكن الرد حفظ الفتق بواسطة كرة مقعرة واما حصول هذا الفتق للكبار البالغين فليس من متعلق كتابنا الخاص بامراض الاطفال

وقد اتفق حصول الشفاء من ذاته لطفل ولد بذلك الفتق وكان فى حالة يتحقق معها الموت بحيث لم يستعمل فى الايام الاول بعد الولادة الا اغذية قليلة وكان ذلك الفتق قابلا للرد جدا ولم يكن الورم مغطى الا بالغلافات الشفافة لقاعدة الحبيل فاقتصر على تغطيته بقطعة من الحبر المصمغ المرشوش عليها دهن اللوز الحلو وحفظه عن كل ما يسبب ضغطه ثم وضع عليه وسادة من صوف الفلانيل مندّاة بماء الخطمية وفى الخامس والعشرين حصل له استفراغات كثيرة من العقى غير ان الورم زاد حجمه وصار غير قابل للرد وجدرانه صار فيها جميع ظاهرات الالتهاب البريتونى واخذ هذا الالتهاب فى التقدم والطفل فى الهبوط الزائد وحصل له اسهال زائد صارت منه قواه تأخذ فى الانحطاط وظهر كأن سطح الورم متغنغر وفى اليوم الحادى عشر من عمره انقطع الاسهال وسكن

الطفل

الطفل وعلم انه لم يتغير الاظاهر جدران الورم فاخذ فى الزوال تدريجا وانما بقى
بعض جدرانه متقيحا تقيحا كثيرا والباقى منها بقى اسود كأنه غنغرينى
وفى العاشر من سبتمبر الذى هو الحادى والعشرون من بعد الولادة لم يكن هنالك
ورم مجاوز للسرة ورجعت للطفل قواه وسمنه وفى العاشر من اكتوبر الذى
بعد سبتمبر صار الجرح السرى مستطيلا بعد ان كان مستديرا ولم يكن طوله
الا قيراط وعرضه ستة خطوط وتمت وظائف الطفل على ما ينبغى وقد ذكرت
هذه المشاهدة فى الجرنال الطبى سنة ١٨٣٢ عيسوية

الفصل الثانى
فى الفتق الاربى

كلمات يسيرة فى الحلقة الاربية والقناة الاربية * صفاق العضلة المنحرفة الكبيرة
البطنية ينقسم انسى شوكة العانة بين هذه الشوكة والارتفاق الى شريطين
او حزمتين يقربان للتوازى او متباعدين عن بعضهما تباعدا يسيرا فيحصل
من ذلك فوهة يمر منها حبل الاوعية المنوية فى الذكور والرباط المبروم فى الاناث
وتلك الفوهة هى المسماة بالحلقة الاربية والشريطان اللذان يحدانها هما
القائمتان وهذه الحلقة بيضاوية او مثلثة واتجاه قطرها الكبير منحرف
من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية كالياف صفاق العضلة المذكورة
وقاعدتها تجاور الخلو الفاصل بين الشوكة العانية والارتفاق وقمتها التى
ليست دائما تامة الحدود تكون فى العادة مقطوعة بحزم عمودية على اتجاههما
ويذهب من النصف العلوى لدائر الحلقة زائدة صفاقية تصحب الحبل المنوى
فى الذكور والرباط المبروم فى الاناث واما القائمتان فاحداهما وحشية سفلى
والثانية انسية عليا فالوحشية تذهب حتى تنبت فى شوكة العانة وفى مقدم
الارتفاق وليست تلك القائمة الا الطرف الانسى للجزء المستقيم من القوس
الفخذى ولذلك اعتبر بعض المشرحين رباط جمبرنات انه الجزء المنعطف من
القائمة الوحشية واما القائمة الانسية فهى اعرض من الوحشية وتذهب
حتى تتصالب امام الارتفاق مع قائمة الجهة المقابلة له اوليس بنادر ان تشاهد

يسهل تمييزه عن الفتق البسيط المبتدا وانذار الالتهاب البريتونى فى الاطفال يكون دائما ثقيلا وصفاته التشريحية هى احتقان البريتون والمصل الندفى والاغشية الكاذبة فى تجويف البطن وتوتر المعدة والامعاء بالغاز المسبب لنمو البطن وبروز الالتصام السرى وغير ذلك

العلاج * يلزم ان يبتدأ بقطع الارضاع او تقول وهو الاحسن بتدبير الارضاع بان يبدل اللبن زمنا فزمنا بمستحلب اللوز ويمنع عنه جميع الادوية القوية الفعل ويوضع على البطن علقة او علقتان قريبا من السرة او يوضع اكثر على حسب سن المريض ثم يوضع الطفل فى حمام من مطبوخ الخطمية وعلى بطنه كماد او ضماد من دقيق بزر الكتان الذى يوضع عليه دهن اللوز الحلو ودهن البابونج كما اوصى بذلك شوسير ويصح ان يؤمر للطفل بمسهل خفيف مركب من دهن اللوز المذكور وماء زهر البرتقان ويصح ان يضاف على ذلك قليل من شراب الخلوخ او يؤمر له بقمحتين او ثلاث من الكلوميلاس وبعض ملاعق صغيرة من شراب الشكوريا نوع من الهندبا او يعطى له نصف حقنة فيها درهمان من دهن الخروع او من عسل حشيشة اللبن ليتحرض التبرز ويحصل تحويل للقناة المعوية لكن لا يلتجأ لهذه الواسطة الاخيرة الا بعد مقاومة شدة الاعراض الالتهابية وتحقق عدم وجود التهاب معوى

وفى النقاهة لا يعاد الطفل للتدبير المقوى المناسب لسنه الا تدريجا ولا يرجع لثدى مرضعته الا بعد ان يغذى زمنا ما بلبن البقر او المعز ممزوجا بمطبوخ الشعير المقشر ولا ينبغى ان يهمل حفظ الاقدام حارة دائما ولبس الفلانيل فان التهيج المستدام الذى يحصل بذلك فى الجلد مناسب جيدا فى نقاهة الالتهابات البطنية ولا تعطى المقويات الشديدة كشراب الكينا الا اذا كان الطفل ضعيفا جدا

الباب السادس
فى الاستسقاء

لا يندر ان يوجد فى بطن الاطفال الذين ماتوا بالتهابات مزمنة مقدار ما من مصل

ليموني اللون غير نفى ولا يصحب ذلك آفة او تولد مرضى قادر على ان يكشف وجود التهاب فى البريتون وذلك الانصباب يختلف فى الكمية من نصف اوقية الى ثلاث آواق او اربع والاطفال المصابون بذلك يكون معهم انتقاع ونحول وضعف زائد والاطراف السفلى تكون غالبا اوذيماويه والطرق الهضمية قد تلتهب احيانا لكن الغالب ان تكون عديمة اللون او لينة وهذا الداء يكثر حصوله بعد السنين الاول من الحياة ومع ذلك قد يشاهد فى الصغار جدا بل شوهد مولود ولد وابا استسقاء حقيقي وذكر الطبيب روس فى الجرنال الطبى الجراحى مثالا من ذلك وهو ان امرأة عمرها ثلاثون سنة سقطت من محل مرتفع على بطنها وهى حامل فلما قامت احست بنتيجة هذا الاضطراب الم عام نحو القسم القطنى الخثلى واصيبت حالا بتقطير البول وبعد شهر احست باوجاع الولادة غيران الولادة كانت عسرة بسبب عظم حجم المثانة فاضطر لعملية البزل فيها فخرج ستة امنان من السائل من قناة الآلة واربعة من الطرق الاعتيادية ثم ولدت طفلا ميتا ففتحت جثته فوجد نحو من من الماء فى البطن والصدر واجزاء اخر من الجسم ووجد المنسوج الخلوى محلسا لارتشاح عام مع ان جميع اعضاء الطفل الظاهرة والباطنة كانت جيدة التكون ولم يوجد فى شئ منها هيئة موت قط وهذه المشاهدة عظيمة الاهتمام اولا بالنظر لكونها افادتنا وجود استسقاء خلقي وثانيا دلالتها على الارتباط الزائد الذى شاهدناه بين تقطير البول ومكث مقدار عظيم منه فى مثانة الام واستسقاء الطفل

والطبيب اولفيير شاهد نوع استسقاء خلقي لم يعرف الى الآن مثال نظيره فكان المصل محويا فى تجويف الترب المعوى القولونى وصورة المشاهدة هى ان امرأة جيدة البنية دائما ولدت فى الشهر الثامن من حملها طفلا ميتا مع انه كان جيد التكون وفيه صفات الجنين المنتظم النمو غير ان البطن منه كان كبير الحجم جدا وجدرانه ملسا رقيقة بحيث يشاهد منها السائل الشفاف الممدد لها والماشق الجلد سال مقدار بعض ملاعق من مصل اصفر شفاف وكان البريتون مبيضا وليس فيه اثر احتقان وكان تجويف البطن مملوأ كله بورم شفاف مكون

من الثرب الكبير الذى وريقاته متباعدة عن بعضها بسائل مصلى مصفر صاف محوى فى ثنياته ويسبح فى وسطه ندفتان زلاليتان وكان سطح الورم متحدبا لا باستواء بسبب الاوعية التى تسبح فى سمك هذه الوريقة المصلية وتكون منها جملة الجمة ضعيفة الانبساط ووجد ايضا عتامة خفيفة فى الوريقة الخلفية للثرب واما بقية الغشاء فباق على شفافيته الاعتيادية وكانت قناة ونزلوف مفتوحة انفتاحا واسعا قال واظن ان الكمية القليلة من الماء المحتوى عليها تجويف البريتون سالت من هذه الفوهة ومع ذلك جميع اعضاء البطن ليس فيها تغير اصلا وهذا الشرح الذى ذكرناه لا يدل على ان هذا الاستسقاء كان نتيجة التهاب ثربى عرض فى الثرب بدون ان يشارك الباقى من البريتون الثرب فى هذا الالتهاب المحدود انتهى

ويلزم ان يعالج الاستسقاء المذكور بعلاج السبب المحدث الحافظ له

الباب السابع
فى فتوق البطن

الفتوق الخلقية فى البطن قد تحصل فى الفوهات او القنوات المختلفة التى توجد فى الجدران البطنية طبيعة او تنتج من عدم كمال هذا الجدار فيكون بين اجزائه خلل ومسافات واسعة بحيث تنفذ منها الاعضاء المحوية فى البطن وفى هذا الباب ثلاثة فصول

الفصل الاول
فى الفتق السرى

قد شاهدنا ان القناة المعوية فى ابتداء الحياة الجنينية تكون موضوعة كلا او جلا فى قاعدة الحبيل السرى وبانفراشه يتكون منه الجزء المقدم لجدران البطن وكلما تقدم الطفل فى السن انجذبت هذه القاعدة ودخلت التلافيف المعوية فى التجويف الذى يلزم ان يحتوى عليها من الآن فصاعدا فتوجد حلقة صفاقية تحدد وتضيق قاعدة الحبيل الذى لا يحتوى فى الطفل المولود الا على الاوركوس والعروق السرية

الحلقة السرية * الخط الابيض من قبل الولادة الى وقتها يكون منقوبا فى جزئه المتوسط بفوهة مستديرة تمر منها عروق الحبيل وتسمى تلك الفوهة بالحلقة السرية والوريد وحده يشغل منها النصف العلوى وهناك حاجز خلوى مستعرض يفصله عن الشريانين والاوركوس التى تملأ النصف السفلى من هذه الفوهة وتلك الاجزاء منضمة فى دائر الحلقة بمنسوج خلوى مندمج وخصوصا من الاسفل ثم ان تلك الاوعية السرية فى داخل البطن تتباعد عن بعضها فيتكون منها شبه مخروط قاعدته واسعة تجاور الوجه المقعر للكبد والاقسام الحرقفية القطنية وطرف المثانة وقمته تتصل بالحلقة وتنفصل ايضا هذه العروق خلف هذه حالا عن بعضها بمسافة اى خلو كبير والبريتون الذى تكون تلك العروق خارجة عنه يلتصق بها التصاقا متينا كما يلتصق ايضا بالاجزاء المجاورة لها من جدران البطن اما خارج الحلقة فتتقارب هذه الاوعية ليتكون منها الحبيل السرى الذى فى سمكه تنضم ببعضها بواسطة منسوج خلوى متين والجلد المجاور يتكون منه على اصل الحبيل زائدة سعتها من نصف قيراط الى قيراط تنتهى بحافة مسننة غير منتظمة ولا تنضم بالعروق الا بواسطة منسوج خلوى متخلخل وبعد انتهائها يكون غلاف الحبيل غشاء مبيضا نصف شفاف كأنه وصلة من البشرة

وتلك الاوعية السرية بعد الولادة وسقوط الحبيل تنكمش من جانب البطن وتنقبض على بعضها وتجذب نحوها محيط الحلقة فتنضم به مع النسيج الخلوى ومع الجلد الذى يلتصق باطرافها فينتج من ذلك اثرة منخسفة درنية تسد الحلقة سدا متينا وتسمى بالسرة وتكون اكثر متانة كلما بعدت عن زمن الولادة حتى يكون فيها فى الكبار البالغين متانة اعلى من متانة بقية اجزاء الخط الابيض واما فى الجنين وفى الطفل الصغير فبالعكس

اذا عرفت ذلك فلتعلم انه قد يتفق ان قاعدة الحبيل تبقى واسعة وتحتوى على بعض تلافيف معوية فينتج من ذلك فى محاذاة السرة شبه جيب اوكيس مستدير واحيانا مخروطى قمته تجاور اندغام الحبيل وقاعدته فى دائر الحلقة الصفاقية

التى تكون اوسع من العادة وجدار ذلك الكيس يكون مكونا من ثلاثة اشياء الجلد والمنسوج الخلوى والبريتون ويحتوى فى تجويفه عادة على لفة او اكثر من تلافيف المعا الدقيق وينبغى الانتباه لربط الحبيل حينئذ خوفا من ان يحتوى الربط على شئ من تلك التلافيف اوغيرها ولكن الغالب ان لا يظهر ذلك الا بعد الولادة ببعض ايام لان الامعاء تندفع نحو السرة فتمر من الحلقة وتبرز اذا كانت متمددة بالاغذية من تلك السرة وتندفع الى الاسفل بانقباض الحجاب الحاجز مدة التنفس والصياح فهذا الفتق وان لم يكن زائد الوضوح وقت الولادة الا ان هيئة الاعضاء للفتق موجودة من وقت الولادة فبذلك يطلق عليه ايضا انه خلقى فهو كالذى يتكون كله وقت الولادة فقد علمت ان الفتق السرى ورم حاصل من زحلقة حشا او اكثر من احشاء البطن عن محله حتى خرج من الحلقة التى ذكرناها او من تباعد الياف الخط الابيض فى محاذاة هذه الحلقة ولا تعويل على ما زعموا من ان هذا الفتق ليس له كيس فتقى وذلك غلط ناشئ من كون هذا الكيس رقيقا دائما فان البريتون ينقاد هنا للتمدد اكثر من زحلقته عن محله وماعدا ذلك قد يتفق فى الفتق السرى العتيق ان لا يشاهد بالنظر هذا البريتون لكونه انشق ايضا مع الجلد حين الكشف عليه وفى بعض الاحوال قد يذهب بالامتصاص او يتمزق وعثر كوبر على هذا العارض مرتين فشاهد ان الاختناق قد يكون مجلسه فى حوافى تفرق اتصال الكيس ثم ان الفتق السرى اما خلقى او عارضى وله فى الحالة الثانية اختلافات مهمة فى الاطفال الصغار كما فى البالغين فليكن فى هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

فى الفتق السرى الخلقى

هو يحصل فى اى زمن كان من ازمنة الحياة الجنينية وسببه القريب انما هو عيب من عيوب التكون كعدم كمال نمو الجدار المقدم للبطن وينشأ من كون الاحشاء البطنية لم تدخل فى هذا التجويف البطنى لامن خروجها منه فالجدار البطنى قد يعدم احيانا كلا او جلا فيوجد هنالك حينئذ خروج حقيقى لاحشاء البطن

فتمكن تلك الاحشاء والبريتون الذى هو كيس لها فى المنسوج الخلوى للحبيل وفى الخلوا اى التباعد الذى تركته الاوعية السرية فى جدران البطن وعنق الورم يكون فى مركز الحلقة وغلافه هو الكيس والمنسوج الخاص للحبيل ماعدا الجزء الذى هو امام الحلقة حالا فان الجلد يحيط مستديرا به فى سعة بعض خطوط والاوعية تنفصل عن بعضها والوريد يكون من اعلى الورم والشرايين من تحته واحيانا على جانبيه

وحجم هذا الورم يختلف كثيرا فتارة يكون صغيرا جدا بحيث يكون معرضا لان يربط مع الحبيل بدون ان يظن وجوده وشاهد ذويترن مرات كثيرة من هذا النوع وينتج من ذلك اعراض الاختناق وحصول شرج غير اعتيادى وشكل الورم مخروطى واحيانا يكون مخططا تخطيطا واضحا بالاوعية فيكون كانه مكون من جملة فصوص وقاعدته تكون موضوعة امام الحلقة ومغطاة بالجلد وقمته ليست مغطاة الا بالغشاء الخاص للحبيل ويكون شفافا وكان الحبيل السرى ناشئ منه

ومعظم الاحشاء البطنية قد توجد فى هذا الفتق السرى عند الولادة فقد وجدت فيه المعدة والكبد والطحال وغير ذلك وذكر بعضهم حالة حصل فيها تمزق الكيس عند الولادة فكان مهلكا للطفل مع ان الفتق رجع لمحله

فاذا كان الفتق كبير الحجم جدا كان الغالب موت الطفل فى بطن امه اذا لم تطل مدة حياته بعد الولادة زمنا ما سواء وجد مع ذلك عيب آخر فى التكون اولم يمكن رجوع الاحشاء اولم تقدر على اتمام وظائفها اتماما مناسبا فقد شوهد ان الاحشاء بعد سقوط الحبيل عرضت لملامسة الهواء فصارت محلا للالتهاب قتال وانذار هذا الداء يختلف ايضا على حسب حجم الورم وعدد الاعضاء الداخلة فيه والاهتمام بها فاذا كان الفتق صغيرا لم يخش على حياة الطفل والمعالجة تكون بعوده ورده اذا امكن ثم يربط الحبيل بعد ذلك ويحفظ الفتق من العود بكرة محدبة تبقى حتى يسقط الحبيل

المبحث الثانى

فى الفتق السرى العارضى للاطفال

يتكون هذا الفتق غالبا بعد سقوط الحبيل بزمن تما اوفى الاشهر الاول بعد الولادة وشوهد عروضه نحو السنة الرابعة او الخامسة لكن ذلك نادر والاسباب التى تنسب لها هذا الفتق هى تعويق تضايق الحلقة السرية وعدم كمال هذا التضايق واسترخاء الاثرة التى تحصل بعد سقوط الحبيل والصياح الاعتيادى للطفل والوضع الافقى الذى يوضع فيه غالبا وشد الخرق والقماط المحيط به والتشنجات التى يصاب بها كثيرا وعلى رأى بعضهم دوام عظم حجم البطن باعتبار سنه

ويندر ان يجاور عنق هذا الفتق مركز الحلقة فالاحشاء تفر بين العروق ومحيط هذه الفوهة باسهل من مرورها بين العروق نفسها الملتصقة ببعضها التصاقا متينا وبالثرة الجلد فالرباط المتكون منها بعد انسدادها يشق الورم من قاعدته الى قمته فيكون منظره كزدوج الفص ومع ذلك اذا زاد حجم الورم تلف جزء من الالتصاقات الحاصلة بين الاوعية فتنفصل عن بعضها فى دائرة الورم فيوجد فيه حينئذ ثلاثة فصوص لافصان فقط فاذا لم يزل الورم آخذا فى زيادة الحجم انفصلت بالكلية عن الجلد وانكمشت نحو الحلقة وزال كون الورم فصيا فحينئذ يسرع فى النمو لسهولته اذذاك وترق غلافاته شيأ فشيأ وينجذب بثقله فينزل قليلا امام الخط الابيض وبالجملة مهما كانت هيئة العروق يكون هذا الفتق فى الاطفال على شكل ورم اسطوانى اومخروطى مستند بقاعدته المستديرة على الحلقة السرية التى يحس الاصبع بدائرها فاذا حصل الرد كانت له هيئة مخصوصة وهى ان الاثرة الخشنة من الجلد تزول بالكلية اوتكاد ان تزول ولا يبقى من الآثار الا نكتة خفيفة مبيضة يظهر ان الجلد فيها ارق مما فى غيرها ويختلف موضعها وفى بعض الاحوال شوهد ان الحلقة مالت للانسداد وحصل رد الفتق بنفسه وتم شفاء الاطفال منه لكن هذه الحالة نادرة جدا

ورد هذا الفتق يحصل فيه غالبا بعض تعسر فاذا كان الورم قليل الحجم تفعل حركات الرد عليه مباشرة من الامام الى الخلف اما اذا كان كبير الحجم فانه يضغط عليه ببعض انحراف من الاسفل الى الاعلى وذكروا لحصول الشفاء

التام

التام ومنع الفتق من العود واسطتين الضغط والربط والواسطة الاخيرة هى المعروفة قديما فقد ذكرها بولديجين وملسوس وفضلها دسولت على الضغط وها هى كيفية فعلها

فالطفل يستلقى على ظهره ويرد الجراح الفتق ويمنع بسبابة يده اليسرى رجوع الاحشاء من جديد ويتحقق باليد الاخرى ان الرد تام ثم يجذب نحوه الجلد المغطى للورم وبموجب ذلك يجذب معه الكيس الفتقى الملتصق به فيكون على هيئة جيب ذى عنق يلف مساعد على عنقه قرب الحلقة ما امكن لفة او لفتين من شريط مشمع صغير وفى كل لفة يعقد عقدة مزدوجة ثم يغطى الجيب بالتفتيك والرفائد ويحفظ ذلك برباط ففى اليوم التالى للعملية يعرض انتفاخ قليل مع التهاب التصاقى به يحصل انسداد الفتحة السرية لالصاقه حوافى الكيس البريتونى ببعضه وفى اليوم الذى بعده او فيما بعد ذلك يتخلل الرباط فيوضع رباط جديد يشد حسب الامكان واحيانا يضطر لرباط ثالث وفى نحو اليوم الثامن او العاشر يسقط الكيس مصابا بالغنغرينا فينتج من ذلك قرحة صغيرة لم تلبث قليلا حتى تلتحم فيوضع رباط مستدام يمكث شهرين او ثلاثة وبعد هذا الزمن يكون الشفاء التام

واما الضغط فيفعل بواسطة كرة من خرق تحفظ بواسطة رباط جسم او بواسطة حزام مرن يعلوه كرة محشوة وفيما تحدب قليل لكن لا يوضع ذلك الا بعد سقوط الحبيل ويوضع ايضا رفائد درجية ويحفظ ذلك برباط جسم لكن هذه الطريقة اقل فاعلية من الاولى ولكن وضع الرباط الضاغط يستدعى غاية الانتباه وبدون ذلك يخرم انتظامه فتخرج منه الاعضاء بسهولة بحيث يكون الكيس الفتقى دائما معرضا لقبول الاحشاء ومع ذلك يعسر ان يعطى لكرة الرباط شكل يحصل منه منفعتها وهى انسداد الفوهة التى يخرج منها الفتق فان الكرة اذا كانت محدبة دفعت الجلد الى باطن الفوهة فينحصر نفسه فيها واذا كانت مسطحة لم تمنع الاحشاء عن الخروج فتبقى هذه الفوهة فى الحالتين متسعة واما الربط فبالعكس اى انه يتلف جزأ عظيما من الكيس الفتقى مع الجلد المغطى له

وبعد استعماله لم يبق امام الفوهة جيب غشائى يقبل من جديد الاجزاء التى ردت والاثرة التى تحصل بعده يتكون منها شبه سدادة تعارض الرجوع معارضة قوية وتقوم مقام اثرة السرة وبهذه الكيفية نال دسولت النجاح مرات كثيرة وكذلك دويترن ومع ذلك اختار جملة مشاهير كسبتبير واسكاربا وغيرهم عملية الضغط واعترضوا على الربط بانه كثيرا ما يحصل منه عوارض ثقيلة وتشنجات والتهاب بريتونى وان التقرح الذى يعقب سقوط الخيط قد يعوق شفاؤه او يكتسب صفة رديئة وان الاثرة التى تنتج من ذلك ضعيفة المقاومة وقابلة للتمزق من الحركات العنيفة وانه يوجد فى الحلقة شبه قمع من البريتون مكون من عنق الكيس الذى لم يدخل وذلك يهيء لفتق جديد بخلاف الضغط فان نجاحه وان كان بطيأ الا انه اقوى ثباتا ونقول نعم قد يحصل من الربط بعض عوارض لكن الظاهر انهم بالغوا فى ذلك فالذى نراه تبعا للمحققين من المتأخرين الآن انه مفضل على الضغط يقينا ثم مهما كانت الطريقة المستعملة لا يرجى الشفاء الاصلى الا للاطفال الذين لم يصابوا به فى السنة الخامسة اوالسادسة فاذا لم يمكن الرد حفظ الفتق بواسطة كرة مقعرة واما حصول هذا الفتق للكبار البالغين فليس من متعلق كتابنا الخاص بامراض الاطفال

وقد اتفق حصول الشفاء من ذاته لطفل ولد بذلك الفتق وكان فى حالة يتحقق معها الموت بحيث لم يستعمل فى الايام الاول بعد الولادة الا اغذية قليلة وكان ذلك الفتق قابلا للرد جدا ولم يكن الورم مغطى الا بالغلافات الشفافة لقاعدة الحبل فاقتصر على تغطيته بقطعة من الحبر المصمغ المرشوش عليها دهن اللوز الحلو وحفظه عن كل ما يسبب ضغطه ثم وضع عليه وقادة من صوف الفلانيل مندات بماء الخطمية وفى الخامس والعشرين حصل له استفراغات كثيرة من العرق غير ان الورم زاد حجمه وصار غير قابل للرد وجدرانه صار فيها جميع ظاهرات الالتهاب البريتونى واخذ هذا الالتهاب فى التقدم والطفل فى الهبوط الزائد وحصل له اسهال زائد صارت منه قواه تأخذ فى الانحطاط وظهر كأن سطح الورم متغنغر وفى اليوم الحادى عشر من عمره انقطع الاسهال وسكن

الطفل وعلم انه لم يتغير الا ظاهر جدران الورم فاخذ فى الزوال تدريجيا وانما بقى بعض جدرانه متقيحا تقيحا كثيرا والباقى منها بقى اسود كأنه غنغرينى وفى العاشر من سبتمبر الذى هو الحادى والعشرون من بعد الولادة لم يكن هنالك ورم مجاوز للسرة ورجعت للطفل قواه وسمنه وفى العاشر من اكتوبر الذى بعد سبتمبر صار الجرح السرى مستطيلا بعد ان كان مستديرا ولم يكن طوله الا قيراط وعرضه ستة خطوط وتمت وظائف الطفل على ما ينبغى وقد ذكرت هذه المشاهدة فى الجرنال الطبى سنة ١٨٣٢ عيسوية

الفصل الثانى
فى الفتق الاربى

كلمات يسيرة فى الحلقة الاربية والقناة الاربية * صفاق العضلة المنحرفة الكبيرة البطنية ينقسم انسى شوكة العانة بين هذه الشوكة والارتفاق الى شريطين او حزمتين يقربان للتوازى او متباعدين عن بعضهما تباعدا يسيرا فيحصل من ذلك فوهة يمر منها حبل الاوعية المنوية فى الذكور والرباط المبروم فى الاناث وتلك الفوهة هى المسماة بالحلقة الاربية والشريطان اللذان يحدانها هما القائمتان وهذه الحلقة بيضاوية او مثلثة واتجاه قطرها الكبير منحرف من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية كالياف صفاق العضلة المذكورة وقاعدتها تجاور الخلو الفاصل بين الشوكة العانية والارتفاق وقمتها التى ليست دائما تامة الحدود تكون فى العادة مقطوعة بحزم عمودية على اتجاههما ويذهب من النصف العلوى لدائر الحلقة زائدة صفاقية تصحب الحبل المنوى فى الذكور والرباط المبروم فى الاناث واما القائمتان فاحداهما وحشية سفلى والثانية انسية عليا فالوحشية تذهب حتى تنثبت فى شوكة العانة وفى مقدم الارتفاق وليست تلك القائمة الا الطرف الانسى للجزء المستقيم من القوس الفخذى ولذلك اعتبر بعض المشرحين رباط جمبرنات انه الجزء المنعطف من القائمة الوحشية واما القائمة الانسية فهى اعرض من الوحشية وتذهب حتى تتصالب امام الارتفاق مع قائمة الجهة المقابلة لها او ليس بنادر ان تشاهد

بعض الياف من القائمة الانسية اليمنى تتصالب مع الياف من القائمة الوحشية اليسرى

واما مسير القناة الاربية فقد علمت ان الحلقة الاربية هى الفوهة المقدمة او الجلدية لمسير قناة منحرفة كانها محفورة فى سمك الحافة السفلى للجدار المقدم من البطن فى محاذاة القوس الفخذى ويمر منها ما تقدم ذكره وسمى المتأخرون هذا المسير بالقناة الاربية وطولها يختلف بحسب السن حتى تكون فى الكبار من قيراط ونصف الى قيراطين ونصف واتجاهها منحرف من اعلى الى اسفل ومن الوحشية الى الانسية ومن الخلف الى الامام ومسير القناة الاربية متكون بالذات من الميزاب الحاصل من انعطاف صفاق العضلة الكبيرة المنحرفة فالحافة الخلفية لذلك الميزاب تتصل بالصفاق المستعرض وحافته المقدمة تتصل بصفاق المنحرفة الوحشية نفسها فيصح ان يعتبر لهذه القناة جدار سفلى مقعر مكون من ميزاب الانعطاف وجدار مقدم مكون من صفاق المنحرفة الكبيرة وجدار خلفى مكون من الصفاق المستعرض السابق ذكره وليس لها جدار علوى او نقول ان هذا الجدار العلوى قائم من الحوافى السفلى للعضلات الصغيرة المنحرفة والمستعرضة المالئ ذلك لميزاب القوس المجهز لها من الوحشية اندغامات كثيرة وهذه الحوافى للقناة منفصلة من الانسية عن الميزاب بالحبل المنوى فى الذكور وبالرباط المبروم فى الاناث ويفرض ان هذه القناة مغشاة بزائدة قنوية من الصفاق المستعرض

واما الفوهة البريتونية للقناة الاربية فهى اقل تحديدا من الفوهة الجلدية او نقول انها لا توجد فى الحقيقة الا من الانسية حيث تشاهد حافة ليفية مقعرة تشبه الحافة المقعرة لرباط جمبرنات وهى مكونة من الصفاق المستعرض وهذه الحافة هى التى يحصل فيها احيانا اختناق المعافى الفتق الاربى والفوهة البريتونية مكونة من البريتون ويسكن الشريان الشراسيفى فى الجانب الانسى لها ثم ان هذه القناة الاربية هى التى تنزل منها الخصية التى تكون اولا فى البطن وفيها يحصل الفتق الاربى الذى كلامنا فيه غير ان انواع الفتق الاربى لا تتبع كلها

جميع طول القناة فان منها ما يدخل فيها من محل آخر غير فوهتها العليا وذلك لانه يوجد انسى الفوهة العليا للقناة واسفلها مسافة مثلثة محدودة من الوحشية بالشريان الشراسيفى ومن الانسية بالجزء السفلى من العضلة المستقيمة ومن الاسفل بالجزء الانسى للقوس الفخذى وتلك المسافة مستندة على الجدار الخلفى للقناة الاربية ومحاذية لفوهة الحلقة وقد يتفق ان الياف العضلة المستعرضة والصغيرة المنحرفة تنفصل عن بعضها وتدخل فيما بينها الاحشاء وتخرج من الحلقة الاربية بدون ان تجتاز جزأها العلوى فلذلك كان للفتق الاربى نوعان رئيسان احدهما وهو اكثر حصولا من الثانى يسمى بالمنحرف لانه يتبع الاتجاه المنحرف للقناة وبالوحشى لان عنق الفتق يكون موضوعا وحشى الشريان الشراسيفى وثانيهما نادر الحصول ويسمى بالمستقيم لانه يخرج باستقامة من الخلف الى الامام من تفرق الياف العضلة المنحرفة الصغيرة والمستعرضة والحلقة الاربية وبالانسى لان عنق الكيس الفتقى المغلف للفتق يكون موضوعا انسى الشريان الشراسيفى

والاعضاء التى تدخل بالاكثر فى تركيب الفتق الاربى هى فى الكثرة على الترتيب الآتى الثرب والمعا الدقيق والاعور والجزء النازل من قولون والمثانة والرحم واربطتها والمبيض ويندر وجدان قولون المستعرض واندر من ذلك المعدة فلهذا الفتق انواع

النوع الاول

الفتق الاربى الوحشى الخلقى

اول من شرح هذا النوع الخلقى هنتيروان كان شوهد قبله ولكن ظنوا انه ناشئ من تمزق الكيس الذى يسمح للاحشاء بان تذهب حتى تسكن فى الغشاء الغمدى للخصية وذلك احد صفات هذا النوع من الفتق وان الاحشاء المكونة له بدل ان تكون محوية فى كيس فتقى تكون فى ذلك الغشاء المصلى للخصية ويشاهد هذا غالبا فى الصغار وكيفية حصوله هو ان الخصيتين فى خروجهما من بطن الجنين لينفذا فى الحلقة الاربية يدفعان معهما البريتون فيخدم غلافا لهما

يكون اولا جزئيا ثم عاما ثم ينسد من اعلى العضو ليتكون منه بتلك الكيفية كيس لا فتحة له ولا يتصل بالبطن فلو اتفق انه لم ينسد بل بقى كما كان فى الاصل خالصا مفتوحا جاز أن تدخل فيه عروة معوية اوجزء من الثرب فيحصل من ذلك ما يسمى بالفتق الاربى الخلقى ويكون المعا فيه ملامسا للخصية بل احيانا يلتصق بها وقد لا ينزل ذلك الفتق الا بعد الولادة بزمن طويل لان هنالك اشخاص لا ينقطع فيهم الاتصال الحاصل بين البريتون والغشاء الغمدى انقطاعا كليا واحيانا اخر يحصل الانضمام والالتصاق بين الخصية والمعا فى البطن وهذا شئ عظيم الاعتبار فتارة يمنع ذلك تكون الفتق بان تبقى الخصية فى البطن وتارة يلزم اعتبارها سببا مولدا لهذا العارض بان تقهر الاحشاء على ان تتبع الخصية اذا لم يكن هنالك ما يمنع خروجها والفتوق الخلقية تصل غالبا القعر الصفن اسرع من وصول الاعتيادية الغير الخلقية لان الاجزاء تتبع الخصية التى تصل للصفن سريعا اذا لم يقف سيرها وتكون تلك الفتوق اولا اسطوانية وتحتوى غالبا بل دائما على كمية كثيرة من مصل صاف وتستولى على الخصية فى كتلتها ويكون ردها اسهل ومع ذلك هذه الصفات ليست قطعية بحيث تميز بها الفتوق الخلقية عن غيرها واذا طالت مدتها صارت تلك الصفات شبيهة بصفات الفتوق التى تظهر بعد الولادة بحيث ان هذا التمييز الذى هو من اصله قليل الاهتمام يصير غير ممكن

وهنالك نوع من الفتق الخلقى الاربى شرحه اولا دبويترن ويكون مدة كون الخصيتين محويتين فى القناة الاربية اوممسوكتين حين مرورهما فى الحلقة الاربية فمن المعلوم فى هذه الحالة ان الغشاء المصلى المتمدد بالمصل البطنى الذى تراكم فيه بسبب وضعه المائل يمكن ان يمتد امام العضو فيتكون منه فى الخارج جيب تنزل فيه الاحشاء البطنية وتشخيص هذا النوع من الفتق يكون فى الغالب عسرا حتى ان دبويترن شاهد فيه الغلط مرات عديدة وذلك لان الورم المكون له يكون مركبا من اجزاء شفافة واجزاء معتمة ومن اجزاء سائلة واجزاء صلبة واحيانا اظن انه قيلة مائية بسيطة واحيانا اظن انه ليس مكونا الا من

الخصية

الخصية واحيانا انه مجرد فتق معوى فقط مع ان فيه جميع الاجزاء المركبة له·
وها هى صفاته التى يعرف بها فالورم المتكون منه الموضوع دائما فى فتحة
الحلقة يكون واسعا مفرطحا غير مستو وفى قمته توجد الشفافية والتموج
الحاصلين من وجود المادة المصلية البطنية فى باطنه فاول نتيجة تحصل من
الضغط الذى يفعل فيه لا دخاله هى ان يدخل فى البطن جميع السائل المحتوى
عليه بدون ان يسمع منه لغط ويعرف حينئذ وجود جزء ذى قوام لم يلبث قليلا
حتى يدخل ايضا اذا دووم على فعل الحركات العنيفة للرد لكن اذا دخل يسمع
منه قرقرة فهذا الجزء هو المعا واذا دخل هذا بقى فى الحلقة ورم مستدير رخو
غير قابل للرد يعرف انه الخصية بقوامه وحساسيته الشديدة اى كثرة
ايلامه بالضغط

والعوارض التى ينتجها عظيمة الاعتبار وذلك اولا لانه اذا ترك ونفسه حصل
للاطفال اذا طالت الرياضة بهم آلام قولنجية وغثيان وقىء ولا ينقطع ذلك
الا اذا رد الورم فى البطن وثانيا لان وجود الخصية فى الحلقة يصير فعل الحزام
الفتقى وغيره من الوسائط المستدامة غير مطاق فيضطر غالبا لحفظ الطفل
الصغير فى سكون تام ثم ان الداء والعوارض التى يسببها تنقطع عادة متى نفذت
الخصية من الحلقة ورسبت فى قعر الصفن لان الغشاء الغمدى ينفصل بنفسه
حينئذ من البريتون او ان القناة التى هى وصلة بينهما تنسد اما بوضع الرباط الذى
تقدر المرضى على تحمله او بواسطة الحمامات الباردة او الجراريق الوقتية التى
نجحت مرات كثيرة مع دوبيترن ففى بعض الاشخاص اذا ترك الداء ونفسه
تبعت الاحشاء الخصية فيتكون فتق خلقى من النوع الاول وفى بعض اخر
لا تخرج الخصية من الحلقة فتبقى العوارض التى ذكرناها وقد فعل دوبيترن
عملية فتق مختنق من هذا النوع لشاب عمره سبع عشرة سنة واحيانا يشاهد
من جانب واحد فتق اربى اعتيادى وفتق اربى خلقى

التغير الذى يحصل فى الفتوق الاربية الوحشية * الفتوق الاربية الوحشية
خلقية كانت او غيرها قابلة لان تصير محلسا لتغيرات كثيرة فى الاتجاه وغيره

مما يعتري الفتوق عموما ولها ايضا تغيرات مخصوصة وذلك بان يتغير شكلها كلما اخذت فى التقدم فعنقها يتسع حتى يصير احيانا اعرض من قاعدة الورم فعند ذلك يفقد انحرافها واذا اردت كان دخولها باستقامة من الامام الى الخلف فتتسع الحلقة الاربية حينئذ ويعرف من خلف الجلد انها تتصل باستقامة من الامام الى الخلف بالتجويف البطنى ويظهر ان القناة الاربية انمحت بالكلية ويعرف سبب ذلك من علم التشريح

النوع الثانى

الفتق الاربى الانسى

هو يحصل باستقامة من الخلف الى الامام نافذا من محل تفرق الياف العضلة المستعرضة والصغيرة المنحرفة ومن القناة الاربية وصفات هذا الفتق هو انه على شكل ورم مستدير كرى غير اسطوانى كالفتق الوحشى ويكون محله انسى محل الوحشى وكأنه يرفع فى خروجه القائمة الانسية للحلقة ولا يتجه نحو الجزء السفلى من الصفن ويسهل رجوعه فى جميع ازمنة تكونه بضغط يفعل من الامام الى الخلف وبعد رجوعه يستشعر بان الفتحة التى خرج منها الى الخارج تتصل باستقامة من الامام الى الخلف بتجويف البطن ويكون موضوعا انسى الحبل المنوى الذى يسهل وجوده فى جهته الوحشية ويمكن بواسطة شكله الذى لم يتغير ان يعرف من وراء الجلد فهذه هى الصفات الغالبة لهذا الفتق الانسى لكن اذا عتق اكتسب حجما كبيرا ونزل لقعر الصفن فيتعسر بل يتعذر تمييزه عن الفتوق الوحشية التى لها عنق واسع جدا

والفتوق التى تعرض للاطفال فى اخفض الاعمار ليست كلها خلقية فقد شاهد لورنس عروض فتق اربى اعتيادى لطفل عمره اربعة عشر شهرا واختنق فيه ولا حاجة لان نذكر هنا الصفات التشريحية لهذه الفتوق الاربية الخلقية لانها مذكورة فى الكتب المخصوصة بهذا الموضوع كما ذكر فيها ايضا تشخيصها وتمييزها عن غيرها من الاورام ومضاعفاتها بغيرها وانذارها نهاية ما نقول فى العلاج ان رد هذا الفتق يعمل بالطريقة المعروفة فالمريض يستلقى افقيا

على الظهر وحوضه مرتفع قليلا عن بقية الجذع وجدران بطنه مسترخية
باثناء الصدر والفخذين على البطن والجراح يأتى من الجانب المحاذى للورم
وفى بعض الاحوال يستحسن امرار اليد التى يلزم ان تعانق قاعدة الفتق من
تحت فخذ الجانب المحاذى له ثم يفعل حركات الرد بانحراف من الانسية الى
الوحشية ومن الاسفل الى الاعلى اذا كان الفتق وحشيا منحرفا اما اذا كان انسيا
او وحشيا لكن متسع العنق جدا فانه يدفع الحشا من الاسفل الى الاعلى
وباستقامة من الامام الى الخلف ثم فى الاطفال الصغار جدا تحفظ الاعضاء
عن الخروج ثانيا بكرة مكببة من خرق او برفادة مثنية ثنيات من دوجة كثيرة
ويحفظ ذلك برباط يسمى رباط الاربية وهو على شكل ثمانية بالرقم العربى القديم
اى حلقتان متلاصقتان ويفعل هذا الرباط بشريط طويل تكون متصالبانه
على مقدم الاربية واما حلقتاه فتعانق واحدة اعلى الفخذ المحاذى والثانية
الجذع معانقة افقية فى محاذاة الحرقفتين اما فى السن الذى فوق الطفولية
الاولى فتحفظ الاعضاء بحزام فتق وذلك لان الصغار جدا لا يتحولون ضغط هذا
الحزام وانما المناسب لهم الرباط الضاغط يسيرا ويغير لهم زمنا فزمنا خوفا
من تهيج الجلد من محل تبقى فيه قذارة المواد الثفلية دائما اما اذا تحمل الطفل ذلك
بان تقدم فى السن فان الرباط المستدام يناسبه ويلزم فى جميع الاحوال ان
لا يفعل الضغط على الحلقة قبل ان يتحقق ان الخصية فى الصفن وقبل ان يدفع
فى البطن السائل الذى قد يحتوى عليه الكيس احيانا فاذا التهب الكيس
وذلك يتحقق بانتفاخه وبالالم الذى يصير مجلسا له لزم مقاومة هذه العوارض
بوضع بعض علق وضمادات وحمامات

وربما استنتج مما قلناه فى تكوين الفتق الاربى الذى يسببه كما هو واضح نزول
الخصية فى الصفن ان الفتق الاربى الخلقى لا يشاهد الا فى الصبيان الصغار مع انه
شوهد فى البنات الصغار ايضا ويقال ان ذلك ينشأ فيهن من مشابهة حوض
الاناث لحوض الذكور فى الطفولية ومن خواص هذه الفتوق فيهن انها كثيرا
ما تزول بنفسها فى زمن البلوغ بحيث تكون الفتوق الاربية والفخذية متساوية

الكثرة مدة الطفولية فى الذكور والاناث اما من زمن البلوغ فان الفتوق الاربية تكثر فى الذكور والفخذية فى الاناث وبالجملة فالفتوق الاربية الخلقية شوهدت فى البنات الصغار وقد شاهد دبليلر مثالا من ذلك سنذكره على الاثر ونجعله نوعا ثالثا

النوع الثالث

فتق اربى خلقى مكون من المبيض

طفل انثى عمره سبعة عشر يوما دخل المارستان فى الثانى عشر من سبتمبر وكان قويا ويظهر كأن مزاجه جيد وكان فى بطنه بعض توتر ومعه فى القسم الاربى الايسر ورم مستدير فى حجم بندقة صلب الملمس قليلا لا يمكن دخوله فى البطن باليد ولا ينقص بالضغط ولا يزيد بالصياح ومتجه بانحراف نحو الشفر الكبير الذى من جهته لكنه لم يصل اليه فاذا اعتبرنا موضع هذا الورم كان الغالب على الظن انه مكون من فتق اربى خلقى لكن يمنع ذلك كون الطفل انثى فبقينا فى الشك حتى ان الطفل مات فى اليوم السادس والعشرين بسبب التهاب رئوى فبالتشريح تيسر لنا الوقوف على طبيعة الورم وسببه فرأينا فى الجثة بعض هزال من الظاهر ووجد احتقان واضح فى القناة المعوية والتهاب خفيف فى اجربة المعا الغليظ وتكبد واضح فى الرئة اليمنى فى فصها السفلى وحافتها الخلفية ووجد الورم الفتقى مكونا من المبيض الايسر حيث نزل من القناة والحلقة الاربيتين اللتين كانتا اوسع من عادتهما فى البنات الصغار والرحم لما انجذبت برباطها المستدير وبالمبيض المنفتق زاغت عن وضعها الطبيعى وانحنت نحو الجانب الايسر للمثانة واما الكلية اليسرى فبدل ان تكون فى مسطح واحد مع كلية الجانب الاخر انجذبت الى الاسفل بالمنسوج الخلوى المحيط بها وبثنية من البريتون الذى كان من التوابع الخاصة لفوهة الكيس ووجد الشريان والوريد الكلويان منقادين لهذا الجذب فكانا مستطيلين وضيقين ايضا وكان فى المبيض وصيوان البوق بعض احمرار وانتفاخ وكانا ساكنين فى قعر الكيس المكون من استطالة البريتون ولم يكن فيه تلافيف

معوية

معوية ملتصقة بالاجزاء القريبة لهما ووجد مبيض الجهة الاخرى فى وضعه الاعتيادى ولما بحث بانتباه فى الرباط المستدير للرحم فى الجهة التى وجد فيها الفتق وجد اقصر جدا من الجهة المقابلة له وانه ينتهى فى سمك الشفر الكبير بزائدة صفاقية لانه يفنى بخيوط دقيقة كما يشاهد ذلك فى العادة بحيث يظهر ان هذا الرباط الذى هو اقصر واقوى تثبتا فى الاشفار الكبيرة مما يشاهد غالبا سبب اولا زوغان الرحم وتبع ذلك انجذاب المبيض حتى نفذ من الحلقة الاربية فاذن نتج من هذا الالتصاق المعيب ان جميع الاجزاء التى هى قابلة للانبساط والتحرك من الجانب الايسر للبطن وفيها ارتباطات اتصالية او مجاورية مع الاجزاء المنفتقة انجذبت هى ايضا للجانب الفتقى لانها لم تقدر ان تتباعد عن بعضها ولا ان تتبع حركة اتساع البطن مدة نمو الطفل فى الرحم وسيأتى بعض شئ فى ذلك عند ما نتكلم على امراض اعضاء التناسل

تتمة فى انواع اخر من الفتق قد قلنا ان هنالك فتوقا اخر بطنية تنتج من عدم كمال نمو جدران هذا التجويف ونشاهد تلك الفتوق بالاكثر فى السرة وعلى الخط المتوسط للبطن فجلد السرة قد يفقد احيانا وقاعدة الحبيل فقط هى التى يتكون منها ظاهر الكيس الحاوى للامعاء الخارجة من فوهة موضوعة فى السرة وكثيرا ما يتفق ان تكون الغلالة رقيقة بحيث يشاهد من منسوجها الامعاء المنفتقة واتفق ان الطبيب هيه فى حالة شبيهة بذلك استعمل لشفاء هذا التشوه الواسطة الاتية وهى انه ادخل الامعاء وسلم لمساعد الانتباه لضغط الحبيل قرب البطن لمنع رجوع الامعاء للكيس الفتقى قال واخترت الدياخلون وقطعته قطعا مستديرة ووضعت احداهما فوق الاخرى حتى صارت على هيئة مخروط ووضعت هذه المخدة على السرة بعد ان جمعت حافتى الفوهة لبعضهما حتى تلامستا وجعلت احدى الشفتين متقدمة قليلا على الاخرى ثم وضعت رباط بدن من قماش حول بطن الطفل ووضعت على السرة وسادة مستديرة سميكة فيها بعض انخفاض يسير فالرباط يمنع جيدا احشاء البطن عن الخروج وكان يغير زمنا فزمنا وبعد الولادة بنحو ثمانية ايام انفصل الحبيل السرى وبعد خمسة

عشر يوما ضاقت الحلقة بحيث يصح ان يزال الجهاز بدون ان يخاف اندفاع الاحشاء وصيرورتها فتقا ومع ذلك رأيت ان الاحسن دوام استعمال الرباط زمنا ما

وقد يتفق ان يحصل من النقص العظيم فى التكون لجدران البطن تغيير عظيم لحال الاحشاء المحوية فى هذا التجويف فقد ذكر فى جرنال طبى مشاهدة لامرأة ولدت بسهولة طفلا واحشاؤه جاوزت الخلة بحيث بلغت الفخذين وخرجت الماساريقا كلها مع الامعاء من فتحة مستديرة عرضها قيراط ونصف تقريبا موضوعة فى القسم السرى بعيدة عن السرة بخطين وصغر هذه الفوهة والحجم العظيم الحاصل من الانتفاخ فى المعا والمعدة منضما لذلك للضعف الذى فيه الطفل جميع ذلك يمنع ممارسة واسطة من وسائط الرد وكان الطفل لا يسقى الا الماء السكرى والنبيذ مع ان الامعاء كانت كانها مختنقة فى هذه الفوهة الصغيرة والسائل ليس هناك ما يمنعه الوصول للمستقيم لان الطفل بعد ان تبرز العقى ببعض ساعات خرج منه اصناف اخر من مواد سائلة يقرب لونها من لون النبيذ ثم مات الطفل بعد ساعتين فبحث فى اليوم التالى فى هيئة الاعضاء التى خرجت من الفوهة المذكورة وسقطت على فخذيه فعرف ان المعدة كلها والامعاء الدقاق والقولون الذى طرفه المتصل بالمستقيم مر من تلك الفوهة ليدخل فى البطن والماساريقا والكلية اليسرى والمحفظة فوق الكلية التى من هذا الجانب والطحال جميع هذه الاحشاء كانت موضوعة خارج الخلة وليست محاطة بغشاء اصلا واما البريتون والثرب فقدا بالكلية ولم يبق فى تجويف الخلة الا الكبد التى كانت عظيمة جدا وكانت الكلية اليمنى شاغلة لموضعها الطبيعى وكان الحالب الايسر اطول جدا من الايمن وليس هناك بانقرياس واظن انه يمكن ان يجرب فى مثل هذه الحالة ان توسع فوهة البطن السفلى يسيرا وتدخل الاحشاء الخارجة مع الاحتراس ويقرب للعقل انه يستعان على انسداد هذه الفوهة بوضع رباط ضاغط ذى وسادة

وهذا محل الكلام على الاورام العارضية الحاوية لبقايا جنين اخر وشوهد

ظهورها

ظهورها احيانا فى محال مختلفة من التجويف البطنى وذكرنا للامثلة التى شوهدت من ذلك يخرجنا عن حد الاختصار الذى التزمناه فى هذا الكتاب فلتراجع فى المطولات

الفصل الثالث
فى سقوط المستقيم

سقوط المستقيم يقوم من انفصال الغشاء الباطنى لهذا المعا فمن حيث ان هذا الغشاء رخو وغير ملتصق بغشاء آخر وانما يلتصق بنسيج خلوى متخلخل جدا كان نزوله وبروزه الى الخارج سهلا فيتكون منه على الشرج حوية سميكة حمراء واحيانا مدممة متى استدعى سبب من الاسباب خروجه الى الخارج وقد ذكروا ان لسقوط المستقيم نوعين احدهما ان يكون الورم متكونا من المستقيم نفسه والثانى ان يكون المنقلب هو قولون فيتغمد بالمستقيم ويخرج من الشرج

فاما النوع الاول فهو ان يصير المستقيم كاصبع مقلوب من اصابع القفاز ويخرج من الشرج على هيئة ورم عظيم لكن لا يخرج المعا كله لان هذا المستقيم متين الانضمام بالاجزاء المجاورة له بحيث يصح ان يقال انه لا يمكن انقلاب جميعه والورم لا يكون الا من الغشاء المخاطى الذى يطول ويسترخى ويترك الاغشية الاخر المعوية ويخرج للخارج بانثنائه على نفسه والذى يدل على انه مكون من هذا الغشاء فقط نجاح عملية ازالة هذا الورم بالآلات القاطعة او اتلافه بالكى بالحديد المحمى وشفاؤه بالغنغرينا التى قد تستولى عليه احيانا وهذا الورم الحاصل من الغشاء المخاطى المستقيمى الخارج من الشرج يحصل ببطئ فلا يظهر اولا الا عند قضاء الحاجة ويندر فى هؤلاء الاطفال ان يزيد عن قيراطين خارج الشرج ولا يسبقه الم موضعى فى البطن ويكون على شكل حوية حول الشرج يختلف سمكها وتكون واسعة مستديرة من الاسفل ومحدودة من الاعلى بدائرة الشرج المتصلة بها وفى وسط طرفها الخالص فتحة منضغطة يخرج المواد الثفلية منها وتلك الحوية درنية محاطة بثنيات ومحززة

رخوة اومتوترة دبقة مدممة قليلة الالم فلو اتفق خروج باسور باطنى الى الخارج وجذب معه الغشاء المخاطى للمستقيم اوان هذا الغشاء استرخى واستطال فى جزء ما من دائرة المعا وخرج من الشرج لكان هذا الورم على هيئة كمثرية املس صلبا يحمله عنيق يختلف فى الاتساع ملتصق بهذا المعا ويبعد قليلا عن الشرج غالبا ويكون خالصا فى الجهة المقابلة

وسقوط غشاء المستقيم كثير فى الاطفال وخصوصا الذين اصيبوا بقولنج اوديدان اوحصى فى المثانة اوغير ذلك ويصيحون على الدوام ويفعلون حركات عنيفة واسبابه الغالبة فى هؤلاء الاطفال هى كثرة صياحهم وسيما اذا كانوا ضعافا وكذا اذا حصل امساك شديد لهم ثم اسهال فجائى لمقدار عظيم من المادة الثفلية التى فيها تيبس وربما حصل من افراط الاسهال بسبب استعمال دواء مسهل واما قول اندروود ان هذا الداء يكون عرضا لوجود ديدان اوحصوات فى الامعاء فغير قوى لانه ليس هناك نسبة خاصة بين تلك الامراض والمرض الذى نحن بصدده فليست هذه اصلا له دائما ولا هو عرض لها نعم قالوا انه يكثر فى البالغين المصابين بحصى المثانة اوالبواسير اوالتعنى والزحير اواحتباس البول اونحو ذلك

فاذا كان هذا الداء جديدا وصغير الحجم كان الحاصل منه بعض ثقل لا كثير الم ولا يؤثر فى الصحة شيأ فالغشاء فى هذه الدرجة لا يخرج الا عند قضاء الحاجة ومتى انقطعت الافعال العنيفة اللازمة لاخراج الثفل دخل بنفسه او اذا بقى فى الخارج كفى لادخاله ادنى ضغط بالاصابع بل ربما فعل الطفل ذلك بنفسه اما اذا ترك الداء ونفسه فانه يزيد تدريجا ويعظم حتى يعسر رده واذا دخل ولم يحفظ بحفاظ مانع له عن الخروج خرج ثانيا من ادنى حركة ففى هذه الحالة يكون الداء ثقيلا ويصير خروج المواد مؤلما والجلوس على المقعدة شاقا والمشى متعبا ومع ذلك يمكن ان يعيش الطفل بذلك زمنا طويلا متى امكن ادخاله بعد قضاء الحاجة ثم حفظه بحفاظ واما اذا بقى الورم فى الخارج دائما فان الغشاء المخاطى يكون معرضا لتأثير الهواء والاحتكاك فيزيد حجمه ويصير

فطريا ويتقرح فينقذف منه الدم والصديد ويصير غير قابل للرد فتتغير صحة المريض شيأفشيأ ويفسد الهضم ويسقط الطفل فى الضعف ويهلك من كثرة النزف وقد شاهد بنجير طفلا عمره ثمان سنين اصيب بانقلاب المستقيم مدة ستة اشهر وتعذر رده وصار ينزف منه الدم على الدوام بدون تألم ومات هذا الطفل بحمى بطيئة وذبول ولذا كان من اللازم كلما تقدم الطفل فى السن ان تلاحظ اللحظة التى يذهب فيها لقضاء الحاجة لتحفظ بالاصابع دائرة شرجه مدة فعله الافعال العنيفة للتبرز وتظن ان مما ينفع بعض نقع المسحوقات العطرية والغسلات القابضة منفعة لتلك الوسائط الميخانكية المناسب استعمالها فى مثل هذه الحالة لحفظ المستقيم هذا وقد يصير سقوط المستقيم خطرا بل قتالا بسبب اختناق الورم ووقوعه فى الغنغرينا بعد ذلك مع ان هذا العارض ليس دائما مغما فقد يكون نافعا ومعينا على الشفاء

وهذا الداء يسهل شفاؤه فى الاطفال اذا لم يكن كبيرا ولا قديما بخلافه فى الكبار البالغين فان شفاءه عسر ولا سيما اذا كان معهم بواسير وتختلف وسائط علاجه باختلاف كون الداء جديدا او عتيقا وبسيطا او مضاعفا فاذا كان جديدا ولا يخرج الغشاء المخاطى الى الخارج الا عند قضاء الحاجة وكان يرجع بعد ذلك بنفسه او باد فى كبس اقتصر على استعمال الاستحمامات المقعدية البارده والكمادات والحقن بالماء الحديدى ومطبوخ الورد وجذور عرق الانجبار وقشور الرمان ونحو ذلك ويضم معها النبيذ الاحمر فاذا لم يدخل الورم من ذاته بعد قضاء الحاجة لزم الاجتهاد فى سرعة ادخاله حسب الامكان حتى لا يترك الغشاء معرضا لفعل العضلة العاصرة وتأثير الهواء وذلك الادخال سهل اذا كان الانقلاب جديدا ولم يتكون منه الاحوية بدون بواسير وبدون التهاب ويفعل بالكيفية الآتية وهى ان يقف المريض ويميل نفسه الى الامام ويسند بطنه على جانب سرير ويقرب الييتيه لبعضهما والجراح يضع على الورم خرقة رفيعة مدهونة بالقيروطى اى المرهم الابيض ثم يغمس السبابة والخرقة فى المعا فاذا دخل الورم اخرج اصبعه حافظا الشرج باصابع يده الاخرى

ثم يجذب الخرقة ليخرجها فاذا لم تنجح هذه الكيفية دفع المعا من الاسفل الى الاعلى وقليلا من الامام الى الخلف بحركات نصف استدارية من اليمين الى اليسار فاذا كان الورم مستطيلا على هيئة اسطوانة كان الرد عسرا خصوصا فى الاطفال الذين يصيحون ويقبضون الشرج فحينئذ يكمد الورم بالنبيذ الفاتر او بالماء والزيت اذا كان جافا ثم يكبس باستدارة من قرب الغشاء المجلل للمعا الخارج ويدفع فى البطن شيأ فشيأ بالاصابع ويحفظ الداخل عن الخروج باصابع اليد الاخرى وقد لا يصل الطبيب لادخاله الا بعد بعض ساعات وبعد اضطجاع المريض على جنبه ورفع حوضه ووضع رفائد مندَّاة بماء فاتر على الشرج

فاذا كان الداء قديما والورم كبيرا كان الغالب خروجه بعد دخوله بزمن ما فحينئذ يضطر لحفظه برباط مناسب والا لخرج بالمشى والرواح والمجىء والعطاس وادنى الحركات وقد اخترعوا اربطة كثيرة لحفظه انسبها هو الذى نقطته الثابتة تكون على المنكبين فيكون بذلك امكن واقل تغيرا وهو مركب اولا من حمالتين مرتبتين كالمستعملتين لشراويل الاور بيين الآن فى طرفيهما المقدم والخلفى ابزيم وثانيا من وسادة بيضاوية فيها بعض لين محدبة من الوجه المحاذى للشرج ومقعرة من الجهة المقابلة او يؤخذ بدل ذلك قطعة عاج بهذا الشكل منقوبة بثقوب كثيرة لتخرج منها الريح وثالثا من سيرين من جلد او شريطين احدهما بسيط مثبت فى الطرف الخلفى للوسادة او قطعة العاج والآخر مزدوج مرتبط بطرفيها المقدم فالشريط الخلفى يصعد من خلف الحوض ويذهب حتى يتثبت فى الطرف الخلفى للحمالتين بواسطة الابزيم الذى يوجد فيه وقطعتا الشريط المقدم بعد ان يمرا على الجانب الانسى للفخذين ينضمان من الامام نحو وسط البطن الى شريط واحد يرتبط فى الابزيم الموضوع فى الطرف المقدم للحمالتين وبذلك الرباط يسهل على المريض المشى ويمكنه ان يشده او يرخيه بالارادة وينبغى ان تكون السيور اى الاشرطة كالحمالات مرنة حتى يمكن استطالتها او قصرها لتوافق الحركات المختلفة للمريض وهذا الرباط يمكن

وضعه

وضعه على الجلد مباشرة او فوق القميص الا ان تعبه يقل اذا كان موضوعا على الجلد

فاذا لم يحفظ المستقيم الساقط بهذا الرباط جاز ان يلتجأ لواسطة اخرى كالتى استعملها بوايير مع النجاح بل اتفق انها اعانت على الشفاء وهى ان يدفع فى المخرج شريط غليظ من تفتيك مدهون بالقيروطى وبعد دخوله يوضع على الشرج سدادة غليظة من تفتيك يوضع عليها رفادة ويحفظ الكل برباط تائى مزدوج وينبغى الانتباه لاختيار الاغذية حذرا من الامساك والاسهال فاذا حصل امساك امرله زمنا فزمنا بالحقن وعند قضاء الحاجة يؤمر بالوقوف ولا يترك المعا فى الخارج زمنا طويلا وان تستعمل الغسلات الباردة فاذا امتنع نزول المعا بالوسائط التى ذكرناها هنا مع مراعاة الاحتراسات المذكورة ايضا جاز ان يعيش المريض بذلك التشوه مع صحة جيدة اما اذا لم يمكن حفظ المستقيم عن السقوط فان الحوية التى هى مكونة من الغشاء المخاطى ويعلوها احيانا اورام باسورية تنتفخ تدريجا فيصير هذا الغشا متقرحا او يتقرح فيسيل منه صديد ومصل حريف وكمية عظيمة من الدم كما قلنا فاذا وصل الداء الى هذه الدرجة وترك ونفسه اوقع صحة الطفل فى هبوط ونحول ولا يمكن التحرز عن ذلك الابشق الورم اوكيه بالحديد المحمى فالشق يعمل بمشرط اومقراض منحن على نفسه فيزال جانبا الحوية واحدا بعد الآخر بعد مسكهما بكلاب اوان تنفذ فيهما بواسطة ابرة عروة خيط مشمع ويجذبهما الجراح جهة نفسه ويوقف النزيف الكثير الذى يحصل من هذه العملية بعملية السد المعروفة والخوف من هذا النزيف هو الذى يمنع الجراح من تعاطى هذه العملية غيران النجاح والشفاء تكرر فى كثير من المشاهدات وذكر سبتيير شخصين مصابين بهذا السقوط احدهما الزمه الداء بملازمة السرير مدة من ثمان سنين الى عشرة والآخر كان يفقد كل يوم كمية من الدم من رطل الى رطل ونصف بحيث سقط فى سوء القنية وصارت حياته فى خطر وشفى كل منهما بالشق للحوية المكونة من الغشاء المخاطى وقد فعل هذه العملية بوايير مرات كثيرة مع النجاح ويمكن

ازالة الشفاء بان يمر على جميع سطح الورم بالحديد المحمر بالنار ويكرر هذا الوضع اى الكى زمنا فزمنا جملة مرات بينها مسافات حتى يتلف الورم كله وقد اوصى بهذه الواسطة قدماء المؤلفين وذكروا انه شفى بها انسان مكث هذا الداء معه عشرين سنة ولم تؤثر فيه الوسائط جودة حال وآخر شفى ايضا بوضع هذا الكاوى اى الحديد المحمى على جميع سطح الورم سبع مرات او ثمان فى مدة ستة اسابيع بين كل مرتين خمسة ايام فنقص حجمه تدريجا وزال من الشخص ما كان يجده من التعنى والنزيف وحصل اولا تقيح كثير ثم اخذ فى التناقص فادخل فى الشرج فتيل سميك من تفتيك مدهون بالقيروطى فاخذ المعا فى الضيق تدريجا والتحمت القروح وشفى المريض شفاء تاما فى مدة نحو شهرين ولم يكن بعد ذلك معرضا لانقلاب المستقيم عند قضاء الحاجة ولا فى غيرها

والنوع الثانى من هذا الداء ليس سقوطا حقيقيا للمستقيم وانما يشترك معه فى كونه ورما محمرا رخوا بارزا من الشرج ولكنه مكون من تغمد اللفائفى او قولون او ابتداء المستقيم وطبيعة هذه الافة بقيت مجهولة مدة طويلة واول من تخيلها سفيار لما شاهد طول الورم حيث لا يمكن حصول ذلك من المستقيم فظن ظنا قويا ان قولون بخروجه من الشرج كون اعظم جزء من الورم وقد تحقق راى سفيار بجملة من الامور الواقعية ولا سيما الامر الآتى وذلك ان طفلا عمره ثلاث سنين ونصف شكى من مدة ثلاثة اشهر بالم فى البطن يصحبه احيانا قئ وفى السادس عشر من جوليت اصيب بانقلاب عظيم للمستقيم عرف منه الطبيب روبان انه سقوط فاجتهد فى رده فلم يمكن فنسب عدم النجاح لعظم حجم الورم وصياح الطفل وحركاته العنيفة فوضع عليه خرقا لطيفة مبتلة بلبن فاتراو بجما الخطمية وفى اليوم التالى اجتهد ايضا فى الرد فلم يفد فادخل اصبعه فاستشعر باجسام غريبة غير اعتيادية كتولدات لحمية او مواد ثفلية متراكمة وكان القئ المستدام عرضا لازما مع انه لا يصحب فى العادة سقوط المستقيم فنودى بجراح آخر مسك الورم الظاهر بيده وعالجه بعنف لم يتجاسر روبان على مثله حتى ادخله

لكن

لكن لم يحصل للطفل من هذا الادخال سكون لان العوارض لم تزل مستدامة ولم يمكن ان يعطى له حقنة بسبب المقاومة التى معه فى المستقيم اعلى الشرج ولم تكن نهاية اوجاعه الا الموت فى اليوم العشرين من الشهر ولما فتحت جثته شوهد ان الاعور وقولون دخلا فى تجويف الجزء العلوى من المستقيم فاخذت هذه الامعاء الثلاثة وبحث فيها مع الانتباه فشوهد مع غاية التمييز تغمد الاعور واعظم جزء من قولون فى الطرف السفلى لهذا المعا الاخير اعنى قولون وفى الجزء العلوى من المستقيم وابتدأ هذا التغمد بعيدا عن الشرج باكثر من احد عشر قيراطا وانتهى اعلى عن ذلك بخمسة قراريط اوستة ولم يمكن جذب الجزء الذى تكون منه الادخال ولا اخراجه لكونه حصل فيه التصاق متين من الخارج فقط فى محل الثنية وكان خالصا متموجا من الباطن

وتحرك الجزء الحرقفى من قولون وتثبيت المستقيم يعينان على حصول هذا التغمد ولذلك يحصل دفعة من الحركات العنيفة للولادة اومدة عملية الحصاة وسيما فى الاطفال الذين صياحهم شديد وفى بعض الاحيان يحصل تدريجا فى سير حى ديدانية اودوسنطاريا اومن سقطة على الاليتين اوالقطن والورم الذى ينتج من هذا التغمد يكون فيه طول بحيث لا يمكن ان يحصل مثله فى انقلاب الغشاء المخاطى للمستقيم فقد كان طول الورم الساقط الذى ظنه سفيار مكونا من تغمد قولون قدما فرنساويا وفى حالة اخرى شوهد الورم كطول الساعد وفى غلظ ساعدين منضمين بعضهما وكان المريض يدخله بنفسه مع السهولة اقول وقد شاهدت حالة من ذلك مع طفل عمره نحو عشر سنين تقريبا

وهذا الورم اسطوانى الشكل رخو احمر ترشح من سطحه مادة مخاطية بل دم ايضا ويوجد فى طرفه السفلى فوهة مكرشة يمكن ادخال الاصبع فيها وطرفه العلوى اى قاعدته التى تختلف فى السعة ليس لها اتصال بدائرة الشرج كما فى انقلاب الغشاء المخاطى المستقيمى وانما هى مجاورة لها فقط بحيث يمكن ان يمر ميل محفوف بل الاصبع ايضا بين دائرة الورم والمستقيم وتلك الحالة

بانضمامها لكيفية تكوّن الورم ولطوله تنفع لتميز تغمد قولون فى المستقيم عن انقلاب الغشاء المخاطى المستقيمى ومع ذلك كثيرا مايسبق ويصحب انقلاب قولون فى المستقيم وخروجه خارج الشرج عوارض لاتحصل فى مجرد انقلاب الغشاء المستقيمى وتلك العوارض هى الآلام القولنجية والغثيان والقئ والتعنى والزحير وعسر التبرز والتبول

واعراض هذا الداء واخطاره تختلف بحسب السرعة التى تكوّن بها الورم فاذا تكوّن تدريجا لم يحصل منه الاتعب عند التبرز والتبول والورم يخرج ويدخل بسهولة والمريض يمكن ان يعيش زمنا طويلا مع هذا الثقل فاذا تكون خارج الشرج بسرعة مع طوله نحو قدم مثلا عقب سقطة على الاليتين اوالبطن اومدة حركة عنيفة فان اعراض الاختناق تعرض سريعا ويحصل الموت بعد بعض ايام مع غنغرينا المعا المتغمد اومع عدمها وينظهران غنغرينا المعا يحصل منها الموت دائما ومع ذلك يمكن فى بعض الاحوال كما شوهد ايضا فى التغمدات الباطنة ان ينفصل الجزء المتغنغر من المعا ولا ينقطع اتصال القناة المعوية وترجع للمريض صحته وفى بعض الاحوال لاينزل الورم الى خارج الشرج وانما يميز بوضع الاصبع فى المستقيم والذى يحوج لهذا البحث احساس المريض بثقل فى هذا القسم وحصول تعسرله عند التبرز

والوسائط التى تستعمل لهذا التغمد تختلف باختلاف كونه تكون بطئ اودفعة ففى الحالة الاولى يدفع الورم فى المستقيم فى اعمق مايمكن ويمكن ان يجتهد بواسطة الحقن والصب الصاعد فى تصيير هذا الرد اكمل ويؤمر المريض بملازمة الوضع الافقى وان يضطجع على السرير بحيث يكون صدره اقل ارتفاعا من حوضه ويمكن حفظ المعا الداخل بشريط طويل من تفتيك واسطوانة من صمغ مرن يدفع ذلك فى المستقيم ويؤمر له بتدبير غذائى لايوقع فى امساك ولا فى اسهال فاذا حصل التغمد فجأة لزم ان يجتهد ايضا فى الادخال مالم يمنع من ذلك التهاب الاجزاء الخارجة والااضطر لفصد الذراع ووضع العلق على الشرج والدهانات والكمادات المرخية والمسكنة للآلام ونحو ذلك

ثم بعد ذلك يجتهد فى دفع الورم بالعمل باليد والوضع المناسب فاذا اختنق الورم فى دائرة الشرج ولم تكف الوسائط التى ذكرناها لقطع هذا الاختناق وبقيت الاعراض شق جانب الشرج بمشرط ثم يفعل الرد غير ان هذا الرد قد يكون فى كثير من الاحوال غير تام فيندفع الورم الخارج فى المستقيم ولكن يبقى التغمد موجودا من الباطن بجميع اعراض الاختناق التى قد يموت منها المريض

الباب الثامن
فى امراض الجهاز التنفسى

يدخل فى هذا الجهاز التنفسى الحفر الانفية والحنجرة والقصبة الرئوية والرئتان فلنقسم هذا الباب الى ثلاثة اقسام

القسم الاول
فى امراض الانف والحفر الانفية

ربما استغرب وضعنا هنا الحفر الانفية فى اعضاء الجهاز التنفسى فان الانف والحفر الانفية انما هى توابع لهذا الجهاز لانها متعلقة به مباشرة بل هى معدة على الخصوص للشم وفى بعض الحيوانات وسيما الاسماك نجد الحفر الانفية منعزلة بالكلية عن طرق التنفس ولا كذلك فى الطفل المولود لان تنفسه من الفم يسير لكون هذا الفم دائما مطبوقا مدة رضاعه فلا يحتاج بالاكثر الا لدخول الهواء من الحفر الانفية لان تجويف الفم الموضوع على الحلمة مملوء باللبن دائما مع ان بدون ذلك لا يمكن ان يطول رضاعه زمنا طويلا فتكون الحفر الانفية بالنظر لتلك الوظيفة المهمة كعضو متعلق بجهاز التنفس وذلك ثابت بثقل الامراض التى تظهر فيها فاذن يكون الاحسن اعتبار الحفر الانفية عضوا للتنفس لا عضوا للشم فى الاطفال الذين لم يتمتعوا الى الآن بحس الشم وبالنظر لتلك الاعتبارات ساغ لنا وضع امراض الانف والحفر الانفية هنا وفى هذا القسم ثلاثة فصول

الفصل الاول
فى النمو وعيوب التكون فى الانف والحفر

الانف فى الازمنة الاول من الحياة داخل الرحم يكون غير موجود والحفر الانفية تكون فى الابتداء متصلة بالفم وتأخذ فى الانفصال عنه تدريجا بتقارب وانضمام الجزءين الجانبيين من القبوة الحنكية لبعضهما ثم بعد ستة اسابيع اوشهرين تظهر فتحتان صغيرتان احداهما بجانب الاخرى وهما ابتداء فوهة الخياشيم ثم بعد ذلك حالا يبرز نتوان من اعلى هاتين الفوهتين فيجد انهما خصوصا من الوحشية ويكونان هما اصول جناحى الانف الذى يأخذ فى البروز تدريجا ويرتسم لكن ارتساما غير تام فيبقى مدة الحياة داخل الرحم صغيرا جدا منفرجا كانه افطس ثم فى مدة حصول هذه التقدمات للنمو الانفى تأخذ الحفرتان الانفيتان فى العظم وخصوصا فى العلو وتكونان ايضا متفرقتين عن بعضهما فى محاذاة سقف الحنك ولكن تبقيان ضيقتين فى جزئهما العلوى والجيوب والقرينات تكون حينئذ متكونة ولا يكون بينها وبين بعضها الامسافات ضيقة ويكون الغشاء المخاطى المغشى لها سميكا وشديد الاحمرار فى اواخر ازمنة الحياة الجنينية بل يوجد فيه ايضا هذه الصفات وقت الولادة والجيوب الجبهية والفكية تكون غير موجودة ولا تتكون الا فى زمن متقدم من الحياة

فقد شاهدنا ان فصى الانف لا يوجد ان فى الابتداء فنموهما يمكن ان يتعوق اويقف بسبب ما فيولد الطفل اما مع عدم تام للانف اومع هيئة فطس عظيم بحيث يبقى فيه طول الحياة آثار من هذا الشكل الاصلى غيران الفقد التام يكون فى الغالب من عدم وجود العظم المصفاوى فالعينان اللتان اختلطتا ببعضهما حتى صارتا شيأ واحدا تكونان فى تجويف حجاجى عام موضوع فى موضع الانف وقد ذكر فى بعض الجرنالات مشاهدة مشوه ذى عين واحدة وجدت فيه الصفات الآتية وهى ان عظم راسه كان مناسبا لعظم جسمه وكانت جبهته عريضة جدا تمتد الى ثلاثة ارباع الوجه ولا يشاهد فيه اثر للانف وانما كان له فقط فتحة بيضاوية موضوعة افقية فى المحل الذى يلزم ان تكون فيه قمة الانف اى اصله اعلى عن الحافة السنخية العليا واما المخ والمخيخ فليس فيهما اشياء

غريبة ولم يوجد العصب الشمي ولا العظم المصفاني والعظم الجبهي قائم مقام الصفيحة الغربالية والنتو المسمى بعرف الديك

وكثيرا ما يوجد في محل الانف جسم مستطيل غير منتظم الشكل ناتج ولابد من بقايا الجلد الذي يلزم ان يغطي النتو الانفي ولا التفات لتشبيه المؤلفين ذلك باشياء مقرفة غير مقبولة ثم ان الانف قد يطول اطالة فاحشة بحيث يشبه البوق فينزل امام الفم قال بليار قد شاهدت مثالا من هذا التشوه اجتناه الطبيب جرنيير ولم يكن فيه النتو الانفي طويلا كما ذكر ولا قصيرا منضغطا كما يشاهد ذلك في الاطفال المولودين وانما كانت فيه هيئة انف الكبار البالغين فينبغي ان يعد ذلك النمو المعجل من التشوه وقد رأيت مولودا اقنى الانف وعندنا امثلة للانف المشقوق نصفين وقد لا يكون الشق تاما ولكن يوجد فيه بكيفية اوضح من العادة اثر الخط المتوسط الذي يفصل الجزءين الجانبيين المتماثلين لهذا العضو عن بعضهما

والتباعد التام لنصفي الانف قد يحصل ايضا من نمو اورام في الحفر الانفية نشأت في الازمنة الاول من تكون الجنين وها هو مثال منه عظيم الاعتبار ذكره الطبيب ديمدري وهو ان شابة ولدت في اليوم السابع من سبتمبر سنة ١٨٣٠ عيسوية بنتا معها استطالة لحمية كبيرة الحجم تمتد من الانف الى امام الفم واسفله فبالبحث الزائد عرف هذا الطبيب ان انف هذا الطفل مشقوق اى مقسوم الى قاعدته بحيث اتصل النصفان المتباعدان بالخدين وتكون منهما تباعد خرج منه ورم في حجم بيضة اوزة ملتصق بجميع دائر الفوهة الانفية وبالشفة العليا نازلا عنها الى الاسفل ثم صار سائبا وامتد الى اسفل الشفة السفلى بحيث سد معظم الفوهة الفمية وتولد من الجزء العلوي لهذا المتولد الغير الاعتيادي زائدة حلمية ومن جزئه السفلي زائدة نظيرتها مجاورة للشفة السفلى وتحقق الطبيب المذكور ان هذا الورم مانع للتنفس بسبب سده الخياشيم سدا تاما وسده معظم الفم وخاف حصول الاسفكسيا التي تقتل الطفل بسرعة فاتحد رأيه على ازالته بالآلة القاطعة في مرة واحدة فلما ازيل بذلك ظهر انه كان مغطي

بزائدة جلدية ومنظر منسوجه كالمنظر الحبوبى للاجسام الغددية ثم لم يمكن مع استعمال جميع وسائط التغذية ان يغذى الجنين الا تغذية غير تامة فمات بعد العملية باربعة ايام

الفصل الثانى

فى الامراض التى تظهر بعد الولادة فى الانف والحفر

الغشاء المخاطى فى المولودين يكون دائما شديد الاحمرار والاحتقان وفيه قابلية تهيج عظيمة اذ كثيرا ما تولد اطفال تعطس حالا عند مماستها للهواء الجوى وذلك الغشاء يسرع ايضا فى افراز مواد مخاطية تسيل على الدوام من الانف فى بعض الاطفال فاذن يستدل من الاحتقان الدموى والاحمرار وقابلية التهيج وكثرة الافراز فى الغشاء المخاطى فى المولودين على ان فى هذا الغشاء استعدادا للالتهاب ويتضح بذلك كثرة الزكام فى المولودين وهذا الداء انتبه له الاطباء قديما ولنجتهد هنا فى شرحه مع غاية الضبط فى الفصل الآتى

الفصل الثالث

فى زكام المولودين

زكام المولودين اما بسيط او مضاعف بتكون تجمدات غشائية فى جميع سعة الحفر الانفية

الزكام البسيط * الاسباب الاعتيادية الغالبة لزكام الاطفال هى تأثير البرد والهواء الرطب وبرد الاطراف المبتلة بالبول من اهمال تغيير الخرق والتعرض لحرارة النار الشديدة او الاشعة الشمسية او الضوء فاذا بودر فى ابتداء الربيع برياضة الاطفال فى الشمس شوهد حالا انهم يعطسون ويصابون بالزكام وتكون سرعة تأثير الشمس على الغشاء المخاطى اعظم كلما كان الشخص فى اواخر الشتاء اقل اعتيادا على تأثيرها

واول علامات الزكام هو العطاس الكثير ثم تسيل من الخياشيم مواد مخاطية تكون اولا خيطية صافية ثم مصفرة ثم مخضرة ثم صديدية والطفل الذى كان ينام مطبوق الفم لا ينام الا اذا فتحه ويكون تنفسه لغطيا بحيث لا تسمع خرخرة

التنفس وانما يسمع لغط نفخى يمر فى الحفر الانفية ويزيد ظهور هذا اللغط وعسر التنفس كلما صار المخاط الانفى اكثر واكثف لكونه يعارض مرور الهواء بجفافه فى الفوهة الظاهرة للخياشيم فيسدها كلا او بعضا ويعلن بالم الطفل وتعبه الحاصل له انزعاجه وصياحه وتغير سحنته فاذا اعطى له الثدى حينئذ تضاعفت حالة ضجره واختناقه فيترك الحلمة لعدم قدرته على المص لكونه لا يتنفس الا من الفم وهو مملوء بالحلمة واللبن الخارج من الثدى بحيث يصير الطفل دائما فى اضطراب بسبب الجوع وعدم الكفاية فيسقط حالا فى الذبول والتعب والالم والهبوط ولم يلبث قليلا حتى يهلك حتى قبل ان يصل الى درجة زائدة من الذبول وسير هذه الاعراض قد يكون سريعا جدا فيهلك الطفل منها فى ثلاثة ايام او اربعة فاذن ينبغى ان يعتبر هذا الداء ثقيلا فى الاطفال لكن ليس دائما مهلكا لان خطره متعلق بدرجة انتفاخ الغشاء المخاطى وكثرة وقوام المادة المخاطية المنفرزة من الغشاء الملتهب فاذا كان الالتهاب خفيفا كان المخاط الانفى خيطيا فقط صافيا لكنه اكثر من الحالة الطبيعية ويتبع ذلك ان تعب التنفس يكون خفيفا والغالب ان الزكام لا يكون فيه خطر ما دام رضاع الطفل ممكنا وانما يبتدأ الخطر مع عسر التنفس والرضاع وبالجملة هذا الداء يكون اخطر كلما كان الطفل اصغر

الزكام مع تجمد غلالى * التهاب الغشاء المخاطى فى الاطفال قد يحصل منه احيانا ان تكون تجمدات غشائية كاذبة تغشى جميع سطح الحفر الانفية قال بليار رأيت فى اربعين طفلا مصابين بالزكام المختلف الشدة وعولجوا فى مارستان الملتقطين ان خمسة منهم كان معهم اغشية كاذبة وقفت فى حدود الحنجرة وغشت الجيوب والقرينات والتصقت التصاقا تختلف متانته بالغشاء المخاطى الذى كان شديد الاحمرار سميكا سهل التمزق وكان تكون هذه الاغشية مسبوقا بجميع الاعراض الخاصة بالزكام وكانت مندات بمخاط كثيف تسبح فى وسطه بقايا اغشية كاذبة اخرى وهؤلاء الاطفال ماتوا سريعا بامراضهم ولم يتيسر تشخيص وجود التجمد الغشائى فى الحفر الانفية الا فى واحد منهم فقط واما الاطفال الاخر

فلم يكن معهم الا الاعراض الاعتيادية لالتهاب شديد جدا فى هذه الاجزاء

وها هى قصة تلك الحالة العظيمة الاهتمام

زكام مع تجمد غشائى كاذب * طفل انثى عمره ستة ايام دخل المارستان فى الثامن عشر من شهر ميه وهو صغير البنية احمر الجلد نبضه طبيعى وبطنه فيه قليل توتر وثفله مخضر كثير (علاجه شراب الصمغ وضماد مرخ على البطن ولبن ممزوج) وبقى على تلك الحالة الى الحادى والعشرين فشوهد حينئذ كثرة عطاسه وعسر ازدراده للبن الذى يسقاه بملعقة وصار الوجه منتفعا والاطراف ليست اوذيماوية وعرض له رمد خفيف وقىء كثير للبن غير منهضم ثم فى المساء عرض له سيلان كثير لمادة مخاطية خيطية من الخياشيم وفى الثانى والعشرين والثالث والعشرين كانت حالته كما ذكر وفى الرابع والعشرين عسر التنفس جدا وصار ينام مفتوح الفم وتكرشت جبهته بجهات مختلفة وانجذب جناحا الانف الى الخارج اى الوحشية وصار معه انزعاج وقلق يعلن بهما كثرة الصياح غير ان ضعفه يمنع استطالة الصياح زمنا طويلا وذلك كله كان حاملا على ظن ان هناك عائقا منع مرور الهواء مرورا خالصا فى جزء من القنوات الهوائية وفى الخامس والعشرين وجد رشح وانتقاع فى الوجه واسهال مستدام وقىء وتنفس انفى كثير الغطيطية ومصاحب اذا صاح الطفل لغطيط نخعى تنتهى به حركة ادخال النفس فظن الطبيب بارون ان الزكام الذى حصل منه افراز المادة المخاطية صار الآن مضاعفا بتكون تجمد غشائى ودامت هذه الحالة الى التاسع والعشرين فسقط الطفل فى الذبول وقل لغط التنفس الانفى غير ان المخاط الصديدى المخضر سال من الانف بمقدار كبير وفى الحادى والثلاثين وجد معه اللغط الانفى ثانيا وعرض له قىء المواد المخاطية الزائدة الكثيرة فى كل لحظة وكاد الطفل ان لا يقدر على التنفس ووصل الى اعظم درجة من الضعف ومات فى المساء ولما اريد فتح جثته وجد الفم سليما والمعدة كذلك ومثلهما ثلثا المعا الدقيق ووجد فى القسم اللفائفى الاعورى صفحة واسعة حمراء مع انتفاخ وسهولة تمزق فى المنسوج المخاطى ووجد الصمام اللفائفى الاعورى احمر منتفخا بحيث

لا يمكن

لا يمكن ان يمر من المعا الدقيق الى المعا الغليظ الاسيخ مجس امرأة وكان المعا الغليظ فى غاية السلامة واما الكبد فمندمة اللون ولما فتحت الحفرتان الانفيتان وجد فيهما تجمد غشائى كاذب مبيض مومخ قليلا بدم متصاعد من سطحه ويبتدأ ذلك الغشاء الكاذب من الجزء العلوى للمزمار ولم يمتد للقصبة الرئوية وانما صعد نحو الجيوب والقرينات الانفية حتى غطاها والتصق بها التصاقا متينا وكان الغشاء المخاطى من تحته شديد الانتفاخ والاحمرار ويرشح منه دم فى بعض محال منه والرئة اليمنى محتقنة حافتها الخلفية بالدم والمخ سليما

فمن الواضح ان هذا الطفل مات من زكام كان اولا بسيطا ومصحوبا بافقط بزيادة افراز كثير وانما صار فى الآخر مضاعفا بتكون تجمد غلالى وتلك الغلالة بسدها ممر الهواء حصل منها جميع العوارض التى شوهدت ويقرب للعقل ان التى الكثير كان ناشئا من انسداد صمام بوهين اى الصمام اللفائفى الاعورى لانه لم يكن هنالك التهاب مريئى ولا التهاب معوى

وقد يكتسب الزكام صفات الازمان ويميت المريض بسبب الانخرام الذى يسببه الالتهاب الحاصل منه وذلك هو ما تدل عليه المشاهدة الآتية

زكام مزمن ولين التهابى فى الغشاء النخاعى * طفل عمره سبعة عشر شهرا فطم من مدة ما ودخل المارستان فى الحادى والعشرين من مرس وكان منتقع اللون مع انه قوى وكان جلده حارا ونبضه طبيعيا وتنفسه الانفى فى غاية العسر والملتحمة فيها بعض احتقان (علاجه مغلى الخبازا المصمغ وحمام قدمى ولبن ممزوج) وفى مدة شهر مرس التالى لشهر دخوله لم توجد اعراض غير ذلك الا رشح مخاطى كثير من الانف وكان التنفس الانفى كثير الغطيطة وعسرا جدا وكان للطفل ميل عظيم للنعاس ونبضه فى الغالب بطيأ صغيرا وقد يصير احيانا متواترا فى المساء (علاجه حراقة على القفا بعد وضع اربع علقات على القسم الحلمى) فحسن حاله بذلك يسيرا وصار تنفسه اجود وميله للنعاس اقل وفى الثالث من شهر افريل رجع الميل للنعاس كما كان وتواتر النبض ولكنه لم يزل صغيرا وصار الانتقاع عاما والجلد جافا والبطن متوترا والتنفس عسرا وكثير

سيلان المخاط من الخياشيم وحصل قئ (علاجه اربع علقات على القسم
المعدى وضماد على البطن وحمية) وفى الرابع من افريل صار الجلد اقل حرارة
والفم دائما جافا وزال القئ بالكلية وقل تواتر النبض ففى السادس زالت
الاعراض المعدية بالكلية وسالت من الانف مادة مخاطية كثيرة وصار
مرور الهوآء من الحفر الانفية عسرا ولغطيا وحصل انتفاخ اوديماوى
فى الشفة العليا وبقيت حالة المريض هكذا الى الخامس عشر ولم يحصل له
هبوط وانما لم يزل انفه وشفته مرطبين بالسيلان المخاطى الذى مادته دائما
بيضاء خيطية كبياض البيض وبقى الطفل جميع شهر مينه فى هذه الحالة تقريبا
ثم فى اليوم الثانى من جوين عرض له الحمرة معحوبة بقليل من الحمى وزالت
بعد يومين (علاجه ماء الشعير المصمغ واللبن الممزوج والحمية) فعرض له حسن
حال قليل غير ان الزكام لم يزل باقيا وبسبب ذلك بقى الطفل فى بيت المرضى ومضى
عليه بقية شهر جوين وابتدأ جوليت من غير ان يعرض له شئ عظيم الاهتمام
ثم فى الخامس عشر والسادس عشر من جوليت عسر تنفسه وعرضت له حمى
وكثر سيلان المادة المخاطية من الانف والفم (علاجه ماء الشعير المحلى واللعوق
والحمية) وضعف الطفل منع من فعل الاستفراغات الدموية فيه وفى اليوم
العشرين من جوليت كانت الاعراض كما قلنا وعرض له امتقاع عام وحمى دقية
تعرف بصغر النبض وتواتره مع حرارة لذاعة فى الجلد وتزايد للاعراض الحمية
فى كل مساء واخذ الذبول والنحول فى الازدياد ومع ذلك لم يكن معه اسهال
ولاقئ مع ان البطن متوتر ولم تزل المواد المخاطية زائدة الكثرة (علاجه اللعوق
مع قطعة من القرمز وحراقة بين المنكبين) فعرض حسن حال لكن هزل الطفل
ولم يزل آخذا فى النحول يوما فيوما ولم يزل تنفسه لغطيا مع انه قرع على صدره
مرات كثيرة فى سير المرض فلم يسمع منه اصلا صوت اصم وفى العاشر من اوت
عرض عسر تنفس كان ينقطع نوبا ولا يزول الا اذا سال من الانف مواد مخاطية
ثخينة يعرض خروجها بالعطاس وفى الخامس عشر انقطع سيلان المخاط
الانفى وحسنت حالة الطفل قليلا ولكن كان معه نحول زائد من غير اسهال

ولاقىء وكان علاجه للمشروبات المرخية واللعوقات البسيطة واللبن الممزوج ولم يؤمر له من الاغذية الا بما كان خفيفا منها غيران راهبة المارستان ظنت رجوع قوته له فاعطته سرا بعض امراق وشوربات دسمة ففي صباح الحادى والعشرين من المرض وقت كان مع الطفل الاضطراب والصياح الكثير ومع ذلك ظنت الخادمة الراهبة حسن حاله وظنت ان صياحه من الجوع فاعطته شيأ ليأكله فلم يلبث قليلا حتى حصل له اختناق عظيم ومات بين يديها

ولما اريد فتح جثته في اليوم التالى وجد الفم سليما والمرىء منتقع اللون والمعدة شديدة التوتر ومملوءة بشبه فتات بحبن وغشاؤها المخاطى لينا جدا محمرا والغدد المساريقية منتفخة محمرة والغشاء المخاطى للاثنى عشرى فيه خطوط حمر والمعا الدقيق سليما غيرانه متسع جدا بالغاز والرئتان سليمتين وانما هناك التصاق خلوى بين الصفاقين الصدريين والبطنان الجانبيان للمخ يحتويان على مصل كثير والغشاء المخاطى للحفر الانفية شديد الاحرار والانتفاخ وفيه لين عظيم بحيث يكفى الحك بالاظافر ليتحول الى لب محمر دموى والحنجرة والشعب سليمة

فقد ذكرنا بالتفصيل شرح مرض هذا الطفل لان من المهم حسب الظاهر ان تذكر جميع احوال سير هذا الزكام المزمن الذى فى آخره يحصل فى الغشاء المخاطى الفساد الذى يسببه فيه الالتهاب المستطيل المدة والتزمنا ايضا ان ننبه على المضاعفات المخية والمعدية المعوية وعلى حالة الضعف التى وصل لها هذا المريض وعلى النتيجة المحزنة لافراط التدبير الغذائى الذى فعله مع هذا الطفل الاشخاص القائمون بمراعاته وحفظه وذلك لما توهمه العامة من ان ضعف المرضى وذبولهم انما هو من قلة التغذية فيعطونهم شفقة عليهم اغذية كثيرة بقصد تقويتهم ومادروا انهم بذلك تسببوا فى هلاككهم ولاسيما الاطفال الصغار

فالمضاعفات الكثيرة الحصول لزكام الاطفال هى الآفات المخية فان قرب محل الزكام من المخ يسبب فيه تهيجا تختلف شدته وينتج عنه استسقاء مخى حاد

كما شاهدنا ذلك فى الحالة السابقة او عوارض اخر مغمة ايضا بحيث لا يندر ان تشاهد اطفال يحصل لهم مدة الزكام سبات وانحطاط فى القوى بل وتشنجات وتلك علامات واضحة لتهيج مخى

والعلاج المناسب لهذا الداء يختلف بحسب السن فالاطفال الصغار الذين هم فى الرضاع ينبغى منعهم من الرضاع من امهاتهم لان الارضاع يشق عليهم ويزيد فى عسر تنفسهم وربما زاد فى ثقل العوارض العامة التى تصاحب التهاب الحفر الانفية مع ان رضاعهم فى تلك الحالة ردئ وكمية اللبن الذى يتعاطونه غير كاف دائما للتغذية بحيث يكونون بذلك معرضين للهلاك من الضعف والجوع فاذن يجتهد فى ان يكون شربهم مع غاية الاحتراس بان يصب فى فمهم بعض ملاعق من لبن البقر او المعز الممزوج بماء الشعير المقشر فاذا عسر الازدراد لزم الالتجاء للحقن المغذية وليس من النافع ان يوجه نحو حفرهم الانفية بخار شئ من المطبوخات المرخية لان الطرق الهوائية فيهم ضيقة والانتفاخ الوقتى الذى يتسبب تأثير البخار الرطب لا يحصل منه الا زيادة عسر التنفس فاحسن الوسائط لعلاج زكام هؤلاء الاطفال الصغار هو تبعيد الاسباب التى تسبب الزكام والمشروبات الملينة بلطف اى الخفيفة الاسهال كعصارة القراصيا المحلاة اوان يؤمر لهم بمسهل وسيا الكالوميلاس بكمية من قمحتين الى اربع ليحصل من ذلك تصريف وتحويل فى القناة المعوية وتوضع حراقة اما على القفا او على احد العضدين فاذا عرض تضاعف مخى لزم مقاومته بالوسائط المناسبة له فاذا شوهد بعد مقاومة الالتهاب بالانتظام تكون تجمدات جرابية فى الحفر الانفية لزم استعمال بعض الوسائط التى امروا بها فى الداء المسمى كروب فيمكن مثلا ان ينفخ بلطف فى الخياشيم المسحوق الشاعم للكلوميلاس او مخلوط السكر والشب المسحوق ناعما او ادخال هذه المسحوقات فى الانف اقل خطرا من دخولها فى القصبة الرئوية لكن ينبغى الانتباه بالاكثر فى انه متى شوهد فى الطفل تعسر المص منع رضاعه من مرضعته لان تجديد المص يسبب له عوارض مغمة سواء بالنظر لتغذيته او للاحتقان الرئوى

او المخى

اوالمخى فيـــه

الفصل الثانى
فى امراض الحنجرة والقصبة

فى هذا القسم ثلاثة فصول

الفصـــل الاول
فى نمو هذه الاعضاء وعيوب تكونها

الحنجرة والقصبة الرئوية مدة الحياة الجنينية لا يحصل فيهما ظاهرات تدريجية يمكن مشاهدتها واتباعها حتى تذكر بالضبط ادوار تكونهما فوجودهما وكمالهما ليس فيهما عظيم اهتمام مدة الحياة داخل الرحم اكثر من الاهتمام بالقناة المعوية والكليتين والمثانة ونحو ذلك وليس فيهما كهذه الاعضاء درجات تكون مشاهدة وانما يميز فيهما من ابتداء ظهورهما فى الشهر الثامن والثالث من العلوق قناة منتفخة من جزئها العلوى ومنقسمة من الاسفل بحيث يعرف جيدا آثار الحنجرة والقصبة ويشاهد ايضا فى الثالث او الرابع خطوط مستعرضة تعلن بالحلقات الغضروفية للقصبة وفى السادس او السابع يسهل ان تميز عن بعضها النتوات والانخفاضات التى تقوم منها البطينات واوتار المزمار والغالب ان يكون لون الغشاء المخاطى المغطى لهذه الاجزاء ورديا غامقا وتقل شدته فى القصبة حيث يوجد فيه من الباطن غالبا ثنيات مستطيلة وتلك هيئة مخصوصة تسمح باتساع هذه القناة اذا مددها الهواء فيما بعد وكثيرا ما يوجد ايضا مواد مخاطية صافية جدا خيطية تستر جدران القصبة وتنديها وفى وقت الولادة تكون غضاريف الحنجرة والعظام والعضلات نامية نموا كافيا وان كانت صغيرة وقابلة للانثناء وتكون غضاريف القصبة متميزة جيدا عن بعضها رخوة كانها منقوعة فى الدم ولذا كثيرا ما توجد فيها حزوز حمر مستعرضة تحاذى غضاريف القصبة فلا ينبغى ظن كونها حزوزا التهابية

وعيوب تكون الحنجرة والقصبة اقل كثرة من عيوب غيرهما من الاعضاء

وقد يعدم هذان العضوان بالكلية فى عديم المخ وقد تكون الحنجرة صغيرة جدا اوضيقة جدا كما ذكرنا ذلك فى مبحث عيوب اللسان وقد يعدم المزمار وبعض غضاريف الحنجرة اوتوجد تلك الاعضاء لكن لاتكون تامة الخلقة قال بليار قد شاهدت فى طفل مولود عدم تساوى الجزءين الجانبيين للحنجرة وهذه العيوب يقل الاهتمام بها نظرا لكونها فى زمن تكاد ان تعدم فيه وظائف هذا العضو بالنظر للصوت والتكلم لكنها قد تضر فيما بعد عند ممارسة الكلام وانقسام القصبة قد يحصل منه اختلاف عظيم فى الحجم والسعة وذلك يوافق فى العادة اختلافا شبيها بذلك بين حجم الرئتين

الفصل الثانى

فى الامراض التى تظهر قبل الولادة ومعها فى الحنجرة والقصبة

قال بليار لم ار اثرا واضحا للالتهاب فى تلك الاعضاء ظهر مدة الحياة داخل الرحم غير انى كثيرا ما رأيت احتقانا دمويا عظيما فى الغشاء الحنجرى القصبى حتى فى المسقوطين الذين يولدون قبل تمام اشهرهم وكثيرا ما يصحبه تصعد دموى يمتد الى الشعب بحيث يقرب للعقل انه نتيجة فيضان دم فى تلك الاجزاء اما فى آخر ازمنة الحياة داخل الرحم اوفى مدة اعمال الولادة

وهنالك حالة للحنجرة والقصبة تحتاج ايضا للانتباه وليس بلازم نسبتها لآفة فى الغشاء المخاطى الحنجرى القصبى وهى كثرة المواد المخاطية التى تسد فى المولودين الحنجرة والقصبة بحيث تتعب التنفس وتلك الحالة يصحبها غالبا تغير مخصوص فى الصياح حيث يكون خفيا اوغير تام فالترجيع لايسمع الا متقطعا ويكون فى الغالب ابح نخعيا اذا لم يكن اختناقيا ويقرب للعقل ان هذه المواد المخاطية تراكمت فى الحنجرة والقصبة قبل الولادة والعوارض القليلة التى تحصل من ذلك تدوم زمنا يسيرا ويكفى بعض حركات من الشهيق والزفير لصيرورة الصياح ظاهرا خالصا مع ان الطبيب المولد يمكنه تسهيل خروج هذه المادة بالاصبع اوبو بريشة تدخل فى مدخل الحنجرة الذى تكون تلك المادة ملتصقة به فى الغالب قال بليار وقد شاهدت مرارا على الوجه الباطن

الفصل الثالث

فى الامراض التى تظهر بعد الولادة فى هذه الاعضاء

قد تصاب حنجرة الاطفال الرضع باحد ثلاثة انواع من الامراض الاحتقان والالتهاب والاوذيما وفى هذا الفصل خمسة مباحث

المبحث الاول

فى احتقان الحنجرة

الحنجرة فى المولودين تكون غالبا محتقنة ويبقى ذلك الاحتقان زمنا ما ويتناقص تدريجا حتى يزول بالكلية والغشاء المخاطى الحنجرى فى الاطفال الذين عمرهم من شهرين الى اربعة يكون فى الغالب ورديا منتقعا ويختلف ذلك اللون قليلا عن لون القصبة مع انه كان فى الابتداء غير مختلف عنها والحنجرة فى الحياة تحتقن بسهولة فتكون حمراء فى الاحوال التى يحصل فيها الموت بالاسفكسيا وشاهد بليار اكداما كثيرة فى المنسوج الخلوى المحيط بالحنجرة بحيث يظن انه حصل للطفل افعال عنيفة من الخارج استدعت اختناقه ووجد احيانا فى هذه الاحتقانات فى الحنجرة دم متصاعد على سطحها وسطح القصبة تختلف كميته بل احيانا يخرج من الطفل بالنفث وقت الموت بمقدار عظيم وذلك يوجد بالاكثر فى الاطفال الذين منسوجهم الخلوى اوذيماوى اى متيبس ويوجد فيهم مع ذلك امتلاء دموى عام واضح جدا

المبحث الثانى

فى التهاب الحنجرة المسمى بالذبحة الحنجرية

الذبحة الحنجرية كثيرة الحصول فى الاطفال الرضع لكن يلزم ان ننبه على انه يقل حصولها كلما كان الطفل اكثر تقدما فى السن فالذبحة اما اريتيماوية بسيطة واما مضاعفة بتكون تجمدات غلالية

فالذبحة الاريتيماوية تختلف كثيرا بالنظر لشدتها فتكون مجرد تلون وردى بدون تغير فى التركيب واحيانا نشاهد مصحوبة بانتفاخ فى المنسوج المخاطى

اولين اوتقرح فيه واسباب الذبحة فيهم ربما عسر تعيينها لكن يصح ان يعد منها تأثير الهواء البارد الرطب والرياح التي يتريض فيها الطفل ورطوبة القدمين ولاسيما الصياح المستطيل وتقدم وجود التهاب شاغل لجزء آخر من الغشاء المخاطي التنفسي كالحفر الانفية والقصبة

وهذا الالتهاب حتى الخفيف الدرجة منه يصحبه غالبا افراز كثير لمادة مخاطية تكون اولا صافية خيطية لكن لم تلبث قليلا حتى تثخن وتصير مصفرة اللون فيتعب منها تنفس الطفل ويتغير صياحه تغيرا محسوسا وذلك التغير يكون بالاكثر في النغمة لا في الهيئة لجزأي الصياح المركب كان له يوجدان جيدا الا انهما يكونان مستورين مخفيين فاذا كان التهاب الحنجرة شديدا زاد تغير الصياح وكثيرا ما يكون حينئذ اصم غير مسموع واما الترجيع فبالعكس اي يصير حادا متسلطنا وذلك التنوع المخصوص في صياح الاطفال يكون كما ذكرنا سابقا في اول الكتاب علامة اكيدة لوجود الالتهاب في الجزء العلوي من القنوات الهوائية واما الفقد التام للترجيع فيدل على ان الآفة متسلطنة في فروع الشعب اوفي منسوج الرئتين وهذه القاعدة ينبغي الاهتمام بمراعاتها وان جاز معارضتها

ومن النادر ان توجد الذبحة الحنجرية وحدها وكثيرا ما تتبع الرعاف وتصحب حالا التهابا في القصبة والشعب ولذلك لا ترى في الاطفال الصغار عروض التهاب الحنجرة الا بعد التهاب الحفر الانفية وسير اعراض الذبحة يكون في الغالب سريعا واحيانا خفيا جدا في ابتدائه الا ان الحال لم يلبث قليلا حتى يشتد الالتهاب يسيرا بحيث لا يخفى التغير الذي يحصل في نغمة الصياح وهيئته على من له ممارسة في الطب مع انه يمكن تأكيده بالمشاهدة البصرية لان الالتهاب كثيرا ما يمتد للهاة فاذا فتح فم الطفل وخفضت قاعدة اللسان يميز جيدا في عمق الفم الاحمرار الارتيماوي ممتدا الى الحنجرة

والذبحة الحنجرية يندر ان يصحبها قيء كما في التهاب البلعوم والمرىء ومع ذلك فالغالب ان الطفل يرضع رضاعة رديئة فاذا اخذ مقدارا عظيما من اللبن ربما

حاله الالم المتسبب عن حركة البلعوم في وقت الازدراد على ترك الحلمة فيصيح صياحا نجائيا يتقذف منه السائل الداخل في المرئ ويطفو في الفم فيدخل منه بعض شئ في الحنجرة فيحصل من ذلك سعال اختناقي ربما كان خطرا على حياة الطفل وهذه الحركة القلسية ومثلها السعال والاختناق التابعان لهما تستدعي انتباه الاطباء فاني لم اجد في ثلاثة اطفال كان يحصل لهم غالبا عند الرضاع هذا السعال الاختناقي وقت الازدراد الا احتقانا ازرق يا وذبحة شديدة جدا يقرب للعقل انها هي السبب لهذه العوارض انتهى

وكثرة المواد المخاطية التي تتراكم في الحنجرة يحصل منها ايضا اعراض شبيهة بذلك وتعرض بالاكثر عندما يكون الطفل نائما فيستيقظ منزعجا ويحصل له القئ ويفعل حركات عنيفة لاجل الصياح ولا يتيسر له ذلك الصياح الا بعد ان تخرج منه بالحركات الشاقة المواد المخاطية السادة لمرور الهواء من المزمار ولنذكر هنا اصلا كليا بالنظر لالتهابات الحنجرة في الاطفال الصغار وهو ان هذه القناة من حيث انها ضيقة جدا فادنى انتفاخ يحصل من الالتهاب يسبب الاختناق ويتبع ذلك حالة تشنج وضجر بحيث يظهر ان الطفل عندها كابد سقوطا وهبوطا تعلن به سحنته لانها تصير بنفسجية وسيما حوالي جناحي الانف والفم ولا تتسع الخياشيم الا بعسر ويبقى الفم مفتوحا وفي كل حركة تنفس يحصل شبه انقباض تشنجي في جميع اجزاء الجسم يصاحب تمدد الجدران الصدرية وتشاهد تلك الحالة التشنجية في اصغر الاطفال جدا ومجموع هذه الاعراض التي ذكرناها هي المسماة عند المؤلفين بالذبحة الاختناقية وهي كثيرة الحصول للاطفال قال المؤلف فاجد غالبا في الذين ماتوا بهذا الداء مقدارا كبيرا من مادة مخاطية ثخينة جدا وينسد تجويف الحنجرة بتراكمها فيه وكانها هي التي تخنق الطفل وفي المشاهدة الآتية على الاثر ما هو شبيه بذلك

وهي ان طفلا سنه ثلاثة عشر يوما دخل المارستان في الثاني والعشرين من ميه وكان قوي البنية غير انه منتقع اللون وحصل له منذ يومين تقايئ كثير وكان طرف اللسان احمر والنبض ليس فيه عظيم شئ (فعولج بمغلي الارز المحلى

وحقنة مرخية ولبن ممزوج) ومن الثانى والعشرين الى السادس والعشرين لم يحصل له ماهو عظيم الاهتمام ولكن من حينئذ عرض له زكام مصحوب بافراز كثير لمادة مخاطية انفية وانتفاخ خفيف فى الانف وحصل فى الاجفان ايضا بعض انتفاخ ولم يلبث الزكام قليلا حتى ذهب وصار الطفل فى حالة احسن من الاولى الى اليوم العاشر من جوين فيه صار التنفس متعبا والوجه بنفسجيا احيانا واذا استيقظ الطفل من النوم يشاهد صياحه مكتوما بعض لحظات ولا يتضح الا اذا حصل بعض افعال عنيفة للتنفس ومع ذلك فجزءاه وان سمعا الا ان فيهما بعض شئ ساتر لهما ليس طبيعيا (علاجه مغلى صدرى محلى وضماد خردلى على القدمين مع الحمية) وفى الخامس عشر حصل للطفل انتقاع ونحول وصار يعتريه احيانا اختناق واضح وبعض سعال عنيف وقئ فيخرج بهما من الفم مواد مخاطية كثيرة ثخينة خيطية ويضرب النبض من ثمان وخمسين الى ستين ويصير الجلد محرقا دائما والايدى بنفسجية غالبا ولا يكون هناك اسهال ولا قئ وفى الثامن عشر كان الصياح ايضا مستورا وحركات التنفس سريعة قصيرة ويسمع فى الجزء الخلفى من الصدر صوت اصم وكثيرا ما يعرض اختناق للطفل اذا شرب وفى العشرين صار ضعيفا ساقطا بحيث لا يشاهد ظهور عرض اصلا واخذ فى الهبوط تدريجا والنحول يوما فيوما ومات فى الثالث والعشرين وعند فتح جثته شوهد احتقان فى قاعدة اللسان واحمرار شديد وانتفاخ ولين فى الغشاء المخاطى للحنجرة المغطاة جدرانها بمادة مخاطية سائلة ثخينة كانها غشائية الهيئة ووجد احمرار بنفسجى فى القصبة والشعب واحتقان شديد فى الحافة الخلفية للرئتين ووجد اربع عشرة صفيحة جرابية ملتهبة فى اللفائفى وخطوط سمر عديدة فى قولون واما المخ فكان سليما

فقد رأينا فى هذا الطفل ان التهاب الحنجرة امتد حتى حصل منه العوارض التى تصحبه عادة ولا نشك فى ان الاختناق الذى كان قريب الوقوع ويعرض زمنا فزمنا انما ينسب لوجود المادة المخاطية الثخينة التى تتراكم فى الحنجرة

والتضايق هذا العضو من الانتفاخ الالتهابي لجدرانها ولا تغفل عن ان هذه الذبحة تبعت الزكام كما قلنا وذلك هو ما يحصل غالبا للاطفال

وكثيرا ما تعرض هذه الذبحة في سير مرض اخر وخصوصا القرمزية والجدري والصفات التشريحية للالتهاب لا تكون مقصورة حينئذ على الاحمرار الارتيماوي وانما تكون احيانا مشابهة للالتهاب الجلدي الذي تكون الذبحة عرضا لازماله فكثيرا ما شوهدت بثور شبيهة ببثور الجدري ظهرت في البلعوم والقصبة ففي هذه الحالة تكون اعراض الذبحة هي نفس الاعراض التي ذكرناها مالم يكن الالتهاب مضاعفا بتكون تجمد غلالي والا فالطفل يوجد معه حينئذ الاعراض التي سنذكرها قريبا في شرح الداء المسمى كروب

والالتهاب الحنجري في الاطفال الصغار قد ينتهي بالتحلل في بعض ايام اوبانتقاله الى حالة الازمان كما شاهدنا ذلك في المشاهدة السابقة او بالموت السريع للطفل فيموت احيانا بالاسفكسيا من ابتداء الداء فاذن يلزم التيقظ والتوعي له من الابتداء ليقاوم ويعالج قبل ان يعطى له زمن يتقدم فيه وقد يتفق ان يبقى الصياح بعد زوال الاعراض الالتهابية مخفيا وذلك ينشأ من تغير المنسوج الذي انتجه الالتهاب وحصل من مستنتج ذلك التغير ضرر في مرور الهواء من الحنجرة مرورا خالصا قال بليار كثيرا ما شاهدت للصوت الخفي اي البحوحة في اشخاص بالغين كانوا اصيبوا بالجدري في حال طفوليتهم وذلك ناشئ يقينا من كون الالتهاب امتد الى الحنجرة فغير تركيبها ونوعها تنوعا غير اعتيادي

العلاج * متى شوهدت العلامات الاول للذبحة في الاطفال الرضع ينبغي منعهم من اعطاء مقدار كبير من اللبن في مرة واحدة وانما يكرر اعطاء الثدي لهم لكن يسير امرات كثيرة فاذا كانت الذبحة شديدة جدا والازدراد عسرا لزم منع الارضاع بالكلية ويلف العنق بمنديل مزدوج من صوف او بضماد خفيف ويوضع علقتان او ثلاث او اربع بحسب سن الطفل وقوته من اعلى الترقوة اي فيكون بعيدا عن مجلس الالتهاب بمسافة ما ويلزم الاحتراس من شد القماط

جدا لان عسر التنفس شديد قبل ذلك بسبب انتفاخ الحنجرة فبشد الصدر وضغطه يزيد ذلك العسر ايضا وقد يكتفى ضماد حار على القدمين لاحداث احمرار خفيف على سبيل التصريف واما دقيق الخردل فيجاوز فى الاطفال الصغار درجة التهيج المرادة وبسبب فيهم سريعا قشاعات تتقرح وتشفى بعسر فاذا كانت القناة المعوية مليئة وسيما اذا كان مع الطفل امساك امر له بقمحتين او ثلاث من الكلوميلاس او بنصف اوقية من المن فى اوقيتين من اللبن او بحقنة من نصف اوقية من دهن الخروع محلولة فى الماء الفاتر مع نصف مح بيضة فاذا عرض تضاعف حمى وضعت علقة او علقتان خلف كل اذن ويداوم على استعمال المصرفات التى ذكرناها فاذا انتقلت الذبحة الى حالة الازمان صح بعد استعمال الوسائط المذكورة ان توضع حراقة على القفا او تدرخ الاجزاء الجانبية للعنق بالطلاء النوشادرى او بالمرهم الانتيمونى ولا بأس بعد زوال الداء بحفظ عنق الطفل محاطا زمنا ما بفروة من جلد نحو ارنب او غيره او بقطعة من الفلانيل لحفظ من الرجوع الذى ربما كان اخطر من الاول

المبحث الثالث فى الخناق

اى الذبحة مع تغير فى الافراز

هذا الداء يسمى كروب وهى كلمة آتية من لغة الايقوسيين ببلاد الانقليز ومعناها خناقى واستعملها اولا الطبيب اوم ليعنى بها التهاب حاد فى الحنجرة والقصبة يوصف بسرعة تكون غشاء كاذب ثم اشتهر هذا الاسم فى جميع البلاد وهو يقوم من التهاب فى الحنجرة والقصبة الرئوية مضاعف بسرعة تكون تجمد غلالى يمتد على جدار الحنجرة بل وينتشر احيانا الى القصبة والشعب وهذا الداء معروف قديما الا انه كان يشتبه بالذبحة الغنغرينية ثم ميز عنها ومن الاطباء من ذكر مرضا يشبهه سماه بالربو الحاد ومنهم من ضمه معه ومنهم من ذكر ان الذبحة الخبيثة والخناق مرض واحد من طبيعة واحدة ومنهم من ذكر انهما مرضان يجتمعان معا ولكن معظم الاطباء فى وقتنا هذا يرفضون كونهما مرضا واحدا واثبت بريطونوس ان الذبحة الخبيثة الوبائية ليست

من

من طبيعة غنغرينية كما ظنوا الى الآن وانما هى التهاب حقيقى غلالى شبيه بالالتهاب الخناقى وان الصفحات التى ظنوها خشكريشات انما هى تجمدات غشائية ثم اثبت ان هذين الداءين المتحدين فى التغيرات التشريحية لا يختلفان الا فى المجلس الشاغلين له وانهما فى معظم الاحوال بل فى كلها يوجدان معا فى جميع الاحوال الوبائية للذبحة الخبيثة التى ذكرها المؤلفون وهذا وان كان جليل الاستكشاف الا انه لم يكف لتمييز هذا الداء عن الآفات القريبة الشبه به فقد ذكروا فرقا بينه وبين ربو نسبوه لمليار وذكروا خناقا تشنجيا يكون احيانا قتالا ولا يوجد فى جثث الميتين به اثر غشاء كاذب فهؤلاء بمقتضى ذلك يثبتون وجود خناقات بدون وجود صفاتها الذاتية الواصفة لها لان الغشاء الكاذب هو احد الصفات اللازمة للخناق ولا يصح اختيار مماثلة امراض مع اختلاف صفاتها التشريحية بالكلية نعم قد يتفق على سبيل الندرة ان لا يوجد فى جثث اطفال ماتوا بالخناق اثار اغشية كاذبة مع تيقن انها كانت موجودة فيحتمل انها انقذفت وخرجت فى الحياة ونرى فى الغشاء الحنجرى القصبى اثر هذا الالتهاب المخصوص فاذن يكون الغشاء الكاذب احد الصفات التشريحية للخناق ما عدا بعض احوال قليلة على ان تكون هذا الغشاء فى جزء ما من القناة الهوائية لا يكفى لوصف الخناق لان ذلك التغير المرضى قد يوجد فى امراض اخر قريبة لهذا الداء وبسبب ذلك حصل اشتباه جملة امراض ببعضها فاطلقوا عليها اسم الخناق مع ان التمييز بينها لازم وسيما اذا استدعى كل منها علاجا مخصوصا به والغلط حينئذ خطر اذ كثيرا ما اتفق لاطباء مشاهير انهم فعلوا عملية الشق القصبى لاشخاص مصابين بالاختناق والصوت الخناقى وجعلوا تلك الصفات علامات للخناق ثم لما مات المريض لم يجدوا فى جثته اغشية كاذبة فجزموا بانه لم يكن معه خناق وانهم غلطوا فى ظنهم ذلك

الاسباب * الاسباب البعيدة للخناق يظهر انها كاسباب الذبحة الحنجرية والنزلة الشعبية ولكن يعسر ان يوضح بالضبط السبب القريب لتكون الغشاء الكاذب ويظهر ان تلاف هذا الداء فى مدة وباء النزلات والسعال الكلبى فيكون

سابقا على احدى هاتين الآفتين اوخلفا لهما وقد يجتمع معهما اويضاعفهما والاطفال الرضع اقل تعرضا للخناق من الاطفال المتقدمين فى السن عن ذلك لان اتلاف هذا الداء انما يكون بالاكثر فيمن عمرهم من سنتين الى ثمان اوعشر مع ان الاطفال الصغار اكثر تعرضا للالتهابات الغلالية فى اغشية اخر مخاطية كغشاء الفم والمرىء والحفر الانفية من الاطفال المتقدمين فى السن عن ذلك بحيث يظهر ان السن وتنوعاته الآلية التابعة له تفيد فرقا واختلافا يلزم مراعاته وان لم يتيسر لنا توضيح سببه ولكن نقول من جهة اخرى ان السهولة والسرعة لحصول اعراض الاختناق للاطفال الصغار اذا ظهر معهم ادنى التهاب فى الطرق الهوائية يصير ان الذبحة الحنجرية القصبية فيهم خطرة فيترتب على ذلك انه يلزم غاية التيقظ والانتباه لظهور وسير اعراض الالتهاب الحجرى القصبي فى المولودين جديدا قالوا ان الاسباب المحدثة اى المولدة للداء ليست واضحة ولكنهم ذكروا منها البرد الفجائى وعلى الخصوص تأثير تيار الهواء الشديد ومن المحقق ان هذا الداء اندر فى الصيف من الشتاء وفى البلاد الجنوبية من الشمالية وعدوا من اسبابه ايضا الرطوبة مع انه انما يشاهد بالاكثر فى الازمنة اليابسة من السنة

طبيعة الداء * قد عرف ان بريطونوس فرق بين الآفات النزلية والخناق ووافقه على ذلك جمع من المحققين والتزموا ان يثبتوا هنالك شيأ ذاتيا فى طبيعة الخناق به يتكون الغشاء الكاذب الواصف لهذا الداء قال بليار وقد ذكرت توضيح تكون هذا الغشاء فى رسالة مخصوصة طبعتها فى بعض الجرنالات الطبية سنة ١٨٢٦ ولنذكر بالاختصار الاسباب التى بمقتضاها يمكن ان تتضح الطبيعة الخاصة بالخناق فنقول اولا اقل ما يكون انه ليس هنالك درجة بين افراز المواد المخاطية الكثيفة الخيطية اللزجة التى تغطى الغشاء المخاطى الملتهب وبين غلالة الخناق وثانيا ان غلالة الخناق يوجد فيها تقريبا نفس العناصر الكيماوية التى توجد فى هذه المواد المخاطية حيث يتسلطن فيها بالاكثر العنصر الليفى وقد شاهدنا سابقا هذا الشبه بين المواد المخاطية للآفات النزلية والافراز

الغلالى للموجيت بحيث يظهران المواد المخاطية الصديدية للنزلة والغشاء الكاذب للخناق وافراز الموجيت انما هى تغيرات وحيدة لافراز واحد ولا تختلف الا بالنظر لشكلها والاجزاء الشاغلة لها وثالثا ان الاغشية المخاطية قبل ان تغطى بالغلالات تكون دائما شديدة الالتهاب حمراء محتقنة بالدم ويشاركها فى هذا الاحتقان المنسوج الخلوى الذى تحتها فاذا صار الغشاء الملتهب مع ذلك مجلسا لتصعدات دموية شوهد ان هذا التصعد كثيرا ما يصحبه او يعقبه تجمدات غلالية ومن ذلك قد يستنتج ان الخناق انما هو التهاب نزلى لكن الدم المخصوص بافراز المخاط لما صار فى الحالة المذكورة متركزا متجمعا بكثرة دبقا بسبب الالتهاب حول الى المخاطية الجزء الذى يتجمد بسرعة اعنى العنصر الليفى فمن ذلك تحصل الخطوط والغلالات والصفحات المبيضة التى تغطى الاغشية المخاطية المصابة بالموجيت او الخناق انتهى

السير والاعراض * يصح ان يعتبر لهذا الداء ثلاثة ادوار دور الظهور ويحتوى على الاعراض السابقة ودور الداء نفسه اى حالته ويحتوى على الاعراض الواصفة له وهو دور الالتهاب ودور الهبوط ويحتوى على الاعراض المخصوصة بالانتهاء المحزن

فاما الدور الاول فهو دور الحمى المشتمل على الاعراض التى تسبق الاعراض الواصفة للداء ونحن نقول انها جزء من اعراض الداء لانها سابقة متقدمة عليه فتستدعى من الطبيب غاية الانتباه وقد ذكروا عروض الداء دفعة بدون اعراض مقدمة على الاعراض الخنجرية ولكن الغالب ان ذلك من اهمال النظر للظاهرات المرضية القليلة الظهور ثم تارة توجد حمى بسيطة تعرف بقشعريرات متكررة وحرارة فى الجلد وسرعة فى النبض وانتفاخ فى الوجه وبياض فى اللسان وحالة حزن وتعب فتكون هذه هى اعراض الدور الاول وتارة تكون الاعراض النزلية اوضح فتوجد نزلة حقيقية وزكام وذبحة حلقية وذلك دائما مع الحمى والهبوط واحمرار الاعين اورطوبتها وزرقة

الاجفان وهذه الظاهرات تدوم من يوم الى خمسة ايام ويمكن ان يعقبها
اعراض الدور الثانى اعنى دور الالتهاب بان تتحول اليها تدريجا اودفعة
والغالب ان لا يحصل التغير الا فى المساء وشوهد عروضه فى الليل بل فى اثناء
النوم الاعتيادى فحينئذ توجد علامات تكون الغلالة على سطح الحنجرة فيتغير
الصياح ولا يسمع من الطفل الصغير الا الترجيع فيكون حادا مخعيا كصياح
الديك الصغير بل قد يكون اختناقيا او مخفيا واما الصياح الحقيقى فلا يسمع اولا
يسمع الا لحظة ثم ينقطع او يبقى متغيرا تغيرا عميقا ويكون التنفس عسرا اوصفيريا
اورنانيا حقيقيا ينتج اللغط الحاد الشبيه بلغط ورقة من طائفة النجيل تهز بين
اصبعين بنفخ متوسط وان كان المشبه به اضعف من ذلك ويحصل سعال شديد
جاف قصير يتكرر نوبا وبحة لغطية تسبب المائى الحلق وشبهوها بنقنقة الدجاجة
وشبهوا السعال بسعال هرة اوكاب شرق عند البلع وتعب التنفس يكون
مستداما تقريبا غيرانه يكون موضوعا للاشتداد والتقطع الغير التام ويكون
الصوت ابح وكثيرا ما يكون ضعيفا اهتزازيا والازدراد يكون غالبا عسرا ينثير
السعال ويجدد نوب ضيق النفس والاختناق ويضم لهذه الاعراض الم
الحنجرة بحيث ان الطفل الرضيع لا يقدر على ان يخبر به الا انه يعلم من توجيهه
يده على الدوام نحو هذا الجزء كانه ينزع شيأ منه ويزيد ذلك الالم متى ابتدأت
نوبة السعال او الاختناق واحيانا تمتد الى ما تحت القص لكن هذه الاعراض
لا تبقى دائما بدرجة واحدة فى هذا الدور فقد يحصل زمنا فزمنا ان التنفس
يصير اسكن واقل صفيرا بل قد يرجع للطفل انبساطه وانشراحه وان لم تزل منه
الحمى واما النبض فانما يصير اعرض والين لكن فى الاشتدادات التى تعقب هذه
الترددات يصير الضجر مشتدا ويتلون الوجه بالحمرة المزرقة ويصغر النبض
ويتواتر ويتصلب ويحفظ الطفل صدره مرتفعا او العنق ممتدا واحيانا ينام
على الجانب واما نومه على الظهر فنادر والسماع الموضوع على الصدر لا يعلم
منه فى معظم الاحوال غير ما يعلم من الاعراض الاخر والعلامات التى تؤخذ
منه هى علامات النزلة الصدرية مزادا عليها اللغط الذى تسمعه الاذن من بعد

ويمكن

ويمكن ان يستفاد من هذه الآلة بعض معارف احسن فى الخناق الحنجرى
الشعبى فقد ذكر لاهنك تنفسا شعبيا بدون قرقعة فى الخلايا الرئوية ويوجد
مع رنانية تامة فى الصدر ويكون ذلك علامة خاصة يعرف بها الخناق الشعبى
وقد يحصل رعاف مع انه فى غير تلك الحالة نادر فى الاطفال الصغار والاولى
نسبته لفيضان دموى لانه نزيف حقيقى وفى الدور الثالث اى دور الهبوط
يعدم التردد اى تناقص الاعراض او يكون ذلك التناقص قليلا جدا
بحيث لا يدرك ويزيد عسر التنفس شيأ فشيأ واحيانا يصحبه خرخرة لغطية
غير انها وقتية وناشئة يقينا من قابلية بعض الاهداب الغشائية الكاذبة للتحرك
فالصوت حينئذ يعدم بالكلية والسعال لا يكون معه بحوحة وانما يكون
صفيريا فقط بل ربما شوهد ذلك فى الدور الثانى اذا كان الطفل ضعيفا والداء
قويا وانحطاط القوى يلزم الطفل بملازمة الاضطجاع غير ان الرأس يكون
مقذوفا الى الخلف والاضلاع مرتفعة بقوة وكثرة والطفل يقبض عضلاته زمنا
فزمنا لاجل ان يأخذ تنفسا عميقا فلا يتم له ذلك بل يعقبه بكاء وقتى واعراض
مخية شديدة واضطراب لا يزول الا بالموت واحيانا يتسلطن فى هذا الدور سبات
عميق يعقبه موت هادى اى بدون نزاع واضطراب وذلك العرض كثير
الحصول والثقل لانه يدل على احتقان مخى او استسقاء مخى حاد وتلك آفة
كثيرا ما توجد فى جثث الاطفال الذين يموتون بالخناق ولذلك تكون الاعين
حينئذ دامعة بارزة والملتحمة محتقنة والوجه منتقعا ووسط الخدين والشفتين
مزرقا والعنق منتفخا واحيانا يكون انتفاخه ريحيا فى جزئه السفلى
والنبض يأخذ فى الضعف والصغر شيأ فشيأ ويكون متقطعا غير منتظم
ثم يحصل برد تدريجى فى جميع الجسم لكن يكون اظهر فى الرجلين واليدين وهو
يعلن بقرب انقضاء الاجل الذى يكون نهاية هذه الحالة المؤلمة وقد شوهد
احيانا تتانة النفس فى هذه الخناقات مع ضعف عميق والغالب ان ذلك ينسب
لحالة غنغرينية ليست بنادرة خصوصا فى بعض اوباء الجدرى والقرمزية
ولكن ينبغى اخراج ذلك من اعراض الخناق لخروجه من الالتهاب الحنجرى

البسيط واذا عرض للطفل قىء اونفث خرج معه احيانا قطع واسعة غلالية فيحصل له من ذلك تخفيف حتى تتولد تجمدات جديدة تسد الطرق الهوائية فتتولد النزاع ثانيا والاختناق وهكذا حتى ينتهى ذلك بالموت ولا تقدر الصناعة على منعه والسير المحزن للخناق قد يكون احيانا سريعا جدا فقد يهلك المريض فى نحو ثنتى عشرة ساعة ولكن الغالب حتى فى الحالة الثقيلة ان تكون مدته من ثمان واربعين ساعة الى ثمانية ايام اوازيد من ذلك قليلا بادخال الدور الاول فيه وقد تزدوج تلك المدة فى الحالة الحميدة ولكن الدور الثالث يكون دائما قصيرا ويندر ان يطول اكثر من يوم والتغيرات التى ذكرناها انما تحصل غالبا فى دور الالتهاب

الانتهاء والانذار * يعسر ان توضع نسبة صحيحة بين الخناقات القابلة للشفاء والمهلكة وذلك لكثرة غلط المشاهدين فى التشخيص كما ستعلم ذلك قريبا فينسبون له بعض احوال حميدة مع انها ليست منه يقينا ويصح ان نجعل من القواعد الكلية ان الخناق المحقق مرض ثقيل قتال فى الغالب ومع ذلك فنذكر بعض مسائل عامة لهذا الانذار ثابتة بالامتحان والاختبار فاولا ان المولودين جديدا والرضع يشفون بسرعة وسهولة وثانيا ان الاطفال الذين قربوا لسن البلوغ يصابون باقل سرعة واقل خطر من الذين سنهم اقل من ذلك وثالثا ان الاطفال المنتقعين اللون اللينفاويين يكون سير هذا الداء فيهم ابطأ وشدته اقل افزاعا وعلاجه فيهم يستدعى طول زمن ورابعا ان الخناق الحاصل من الحصبة اقل ثقلا واستعصاء من الخناق الاصلى الذاتى ويقل ميله لتكون غشاء كاذب فيسهل ازالته بل ربما لا يوجد فيه تكون ذلك الغشاء فيكون حينئذ داخلا فى الالتهابات الحنجرية الاعتيادية وخامسا ان الخناق الحاصل من الجدرى قليل الثقل اذا ظهر قبل الاندفاع ويكون محزنا جدا اذا ظهر قرب زمن التقيح فيكون حينئذ مضاعفا بالتقرحات ونحو ذلك مما لا نشتغل به هنا وسادسا انه لا يرجى نجاة الطفل بالاكثر الا فى الدور الاول وفى ابتداء الدور الثانى قبل تكون الاغشية الكاذبة اما فى الدور الثالث فالرجاء قليل فان ضعف القوى

يكون

يكون بحيث لايبقى شئ من الداء ويكون المهلك للطفل هو هبوط تلك القوى وانحطاطها فالعسر المتزايد للتنفس ينتج بالتقطع ماينتجه الاختناق فى بعض لحظات

فاذن يصح ان تجعل علامة الموت الحقيقى تقريبا اعراض هذا الدور الثالث لكن من المعلوم انه يلزم ان يكون قصيرا فى الخناق الحاد الذى يؤدى للموت قبل زمن تكون الغلالة الزلالية او الليفية لان الظاهرات الواصفة له تكون ناشئة من وجود هذه الغلالة لاغير وانما ذلك بسبب شدة العوارض الاولية الالتهابية نفسها اذ قد ثبت بالتجربة والمشاهدات ان هذا الدور كما كان واضحا حينما لم يشاهد فى فتح الجثة الاغشية المخاطية سميكة وندف زبدية وصفحات رقيقة ملتصقة كان واضحا ايضا حينما شوهد فى القصبة الرئوية انبوبة غشائية تامة وينبغى ان يعد من الدلائل المغمة جدا الانتفاخ الريحى فى العنق فانه شوهد فى كثير من الاحوال انه يشغل الرئتين ايضا بل ويترشح الهواء فى المنسوج الخلوى ويدخل بين فصوص هذه الاعضاء ويسرى حتى يصل الى المنسوج الخلوى الذى فى الجانبين القاسمين ومن هنا لخير بين العضلات وتحت الجلد ويعلن بالشفاء التلطيف التدريجى للاعراض والتباعد التدريجى ايضا لنوب الاختناق والخرخرة الخفيفة المصاحبة دائما للسعال المسمى عند بعضهم بالسعال الدسم وللنفث التابع له فان هاتين الصفتين يدلان على ان التصعد الافرازى كان مخاطيا اوليا (وهو الخناق المخاطى والصديدى) اوانه اذا كان غلاليا وهو الخناق الغشائى فقد انفصل وانحل وانجذب الى الخارج بواسطة افراز جديد اكثر سائلية منه وتكون النخامة حينئذ حاملة فى الغالب لاهداب اوندف مبيضة بل قد تندفع فى مرة واحدة تجمدات على شكل انابيب ويكون التخفيف التابع لذلك هو العلامة المقدمة للشفاء التام ومع ذلك لا ينبغى زيادة الوثوق بهذا الاندفاع فان بعض الاطباء تكلم فيه وعندنا امثلة كثيرة مغمة يؤخذ منها ان تولد الغلالة قد يحصل بسرعة فقد شوهد انه خرج بالسعال انبوبة طولها قيراطان ونصف وعرض الموت بعد ثنتى عشرة ساعة ولما فتحت الجثة شوهد

فى الحنجرة والقصبة تجمد غشائى سمكه ربع خط مع انه قد يتفق ان تبقى الشعب مملوءة بالاغشية الكاذبة وقد يبقى الداء بدون ان ينتج افرازو مع ذلك يهلك المرضى ايضا

ويصح بمقابلة هذه الاحوال المغمة ان نذكر احوال الاخر تضعف ايضا الاهتمام المرتبط بالغشاء الكاذب فى الخناق وذلك ان هنالك احوال الاحصل فيها الشفاء بدون اندفاع لتلك الاغشية سواء فى الاحوال التى لم تتولد فيها من الداء اوالتى ظن فيها انها امتصت كما شوهد ذلك فى الذبحة الغمامية اوان تلك الاغشية لم تصر آلية كغيرها من الاغشية الكاذبة وبقيت ملتصقة بالسطح المفرز لها وكل هذا ممكن الحصول ويمكن فى احوال من ذلك ان يبقى الصوت ابح زمنا طويلا بعد الشفاء

وقد ينتهى الخناق بغير هذين الانتهاءين فيتحول الى الازمان وان انكر ذلك بعضهم وقد اشهر دوبيس خمسة احوال من ذلك وحصل فى اربعة منها رجوع مهلك اوحصل الهلاك بعد جملة اعوام وتأكد التشخيص فيها بفتح الجثة وكانت اعراضه قريبة من اعراض السل الحنجرى وهى بحة قوية وسعال كثير فيه بحوحة والم فيه بعض شدة فى الحنجرة وحمى واضحة مع ترددات تقطع غير تام كما فى الحمى الدقية ونحول تدريجى غير انه بطئ جدا وكانت مدة هذه الخناقات المزمنة من ثلاثة اسابيع الى ستة اشهر وواحد من الخمسة المذكورين شفى فى نهاية شهرين

التشخيص * العلامات الواصفة للخناق قاطعة فى معظم الاحوال بوجوده غير انها قد تعدم مدة الحياة وانما فتح الموتى هو الذى يظهر الداء وان كان غير متوهم فى الحياة ثم نقول بالاختصار انه كثيرا ما يقع الاشتباه بين الخناق وغيره من الآفات التى بينه وبينها مشابهة قوية

فاولا لا تخفى المشابهة العظيمة بين الالتهاب الحنجرى البسيط والغلالى اذ لا تختلف اعراضها الا فى شدة العوارض مع انه يصح ان يجعل من الصفات الخاصة بالخناق الحالة الوبائية اذا كانت موجودة وصفير التنفس ولاسيما

اذا

اذا كان ذلك الصفير رنانيا ونوب الاختناق واما الالتهاب الحنجرى فيوجد فيه سعال قوى شبيه بالسعال الخناقى الا انه يندر كونه صفيريا والصوت يصير ايضا ابح الا ان درجة بحوحته انزل من بحوحة الخناق ولا يكون حادا ولا اهتزازيا اصلا واما الذبحة الحنجرية الغنغرينية فتتميز بنتانة النفس

وثانيا هل ينبغى ان تعد الامراض التى سماها جرسان بالخناقات الكاذبة امراضا مخصوصة ونقول كما قال دوجيس يظهر ان معظمها منسوب لآفات معروفة جيدا كالنزلة الرئوية اى ذات الرئة فان الانسداد الوقتى للقصبة والحنجرة فيها يوصل الى نوب غشى واختناق بالكيفية التى تحصل فى السعال الكلبى الآتى شرحه واحيانا اخر ينسب هذا الخناق الكاذب للالتهاب الغلالى البلعومى ومن المظنون ان بعض الاهداب الغشائية الكاذبة المنفصلة التى تنجذب زمنا فزمنا فى المزمار بواسطة اخذ النفس ينشأ منها حينئذ بعض اعراض من اعراض الالتهاب الحنجرى واما الخناق الكاذب الغير المنتظم فانما هو الربو الحاد للطبيب ميلار ففى هذه الآفات لا تبقى اعراض الخناق موجودة خارج مدة النوب اعنى التنفس الصفيرى والم الحنجرة والسعال الصفيرى مع ان الذبحة الغلالية تسهل معرفتها بالبحث فى الفم الحلقى والنزلة الرئوية قد تصحبها احيانا البحوحة وعدم الصوت وقد يتسبب عنها فى بعض الاشخاص السعال الرنان وقد يحصل منها فى الايام الاول من مدتها نوب عسر تنفس ولاسيما فى الاطفال الصغار وينشأ ذلك اما من انسداد الرئتين او من تعب فى عضلات التنفس ويسمى ذلك بالنزلات المخنقة فى الاطفال فهذه هى الآفات التى قد يغش فيها من لا يمعن النظر ولم يراع فرق الصوت فى السعال الذى يكون فيه دائما بعض صفير فى الخناق ولا اطلاق المزمار الدال عليه عدم وجود اللغط فى الشهيق والزفير ولا غير ذلك واتفق حصول وباء نزلى رئوى فغلط فيه كثير من الاطباء وظنوه خناقا

وثالثا الذبحة اللوزية قد يحصل منها تضايق فى الحلق كاف لصيرورة التنفس شاقا صفيريا وازالة الصوت واحداثه ضجرا وقلقا بل واختناقا مهلكا كما قال دوجيس

ولقد شاهدنا هذه الحالة المهلكة فى طفل عمره من سنتين الى ثلاث وظن كونه خناقا مع ان انتفاخ اللوزتين كان معروفا ولم يكن هناك سعال

ورابعا الذبحة الاوذيماوية نادرة فى الاطفال ويسهل فى البالغين معرفتها باللمس

وخامسا السل الحنجرى لا يتميز تميزا تاما عن الخناق المزمن الا بالعلامات المذكرة فيهما يتميز عود هذا اوذاك من هذين الداءين وشوهد من مات من رجوع السل الحنجرى وكان معه جميع علامات الخناق مع انه لم يكن معه فى الطرق الهوائية الاقروح لا اغشية كاذبة

وسادسا دخول جسم غريب فى القصبة الرئوية يتميز عن الخناق بظهور الاعراض دفعة ورجوع اعراض الاختناق وبالاحساس بالجسم متحركا فى القناة الهوائية اوثابتا فى محل منها والغالب مكثه فى محل تفرعه وبعدم وجود صفير التنفس فى وقت السكون وعدم وجود الصوت الخناقى فى السعال والحمى فى الازمنة الاول من الداء

وسابعا السعال الكلبى يختلف بالذات عن الخناق بالسعال الذى لا يكون الا نغمة اعتيادية وبنشباته القوية وبالشهيق الرنان المقطع لها وبعدم وجود الاعراض الحنجرية فى فترات النوب وبالسير المزمن المتقطع للداء تقطعا ذاتيا

وثامنا الربو الحاد الذى نسبنا له ما سماه جرسان بالخناق الكاذب الغير المنتظم يتميز عن الخناق الحقيقى بالسكون التام وعدم الذبول والهبوط خارج زمن النوبة وبطول الفترات الفاصلة بين الاعواد وبعدم وجود الصوت الخناقى فى السعال ومع ذلك قد تعدم احيانا هذه الصفة المميزة الاخيرة بان يوجد هذا الصوت فيكون الخناق الكاذب هو نفس الربو لكن يقال الم تعط هذه الصفات لبعض الخناقات الصاعقية اى الذى تأتى دفعة واحدة وتقتل الشخص فى النوبة الاولى اوفى النوبة الثانية قبل ان يتكون الغشاء الكاذب وقبل ان يتأصل الانتفاخ والاحتقان الالتهابى فى الغشاء المخاطى حتى يوجد بعد الموت وهذا هو رأى الطبيب البيرس غيران جملة من الاطباء الذين

شاهدوا الربو حادا أو اخلاف ذلك

المضاعفات * الرأى الذى سلكناه فى طبيعة الخناق يمنعنا على ان نضع فى هذه المضاعفات الحمى النزلية او الالتهابية التى تسبق او تصحب الاعراض الحنجرية وتكون جزأ ذاتيا من الداء وربما كان مثل ذلك ايضا الحمى المعدية اى الصفراوية ويؤيد ذلك نجاح المقئ لكن الغالب كون تلك الحالة الصفراوية من المضاعفات واما الخناق المخاطى والعصبى فمن الواضح نسبة ذلك لحالة المزاج اللينفاوى او العصبى ومما يشك فيه هو ان الخناقات الضعفية والغير المنتظمة التى ذكروها تنسب لحالة اخرى غير الضعف الطبيعى للشخص ويمكن ايضا ان تكون الحمى المصاحبة للداء شديدة جدا فيحصل عنها فى الدور الثالث اعراض ضعف حقيقى تضم على اعراض الهبوط الاعتيادى لهذا الدور فتثقل الانذار والالتهاب الحنجرى الحصبى اذا كان خناقيا يختلف قليلا عن الخناق الاعتيادى ولا كذلك فى الجدرى والمرض العام لا يمكن اعتباره مضاعفا ولا شبيها بالحمى النزلية الخناقية والبثور التى تظهر حينئذ فى باطن البلعوم او الحنجرة اوغير ذلك تكون فى هذا الداء التهابا يختلف عن الالتهاب الحنجرى الغلالى الحقيقى وسنذكر ما يتعلق بذلك فى مبحث الجدرى فى الكتاب الثانى وهناك جملة من الامراض الموضعية تضاعف الخناق وتزيد فى ثقل انذاره سواء كانت ناشئة من الفساد العام مثله او اعتبرت من المصاحبات البسيطة ولنعتبر من هذه المضاعفات اولا الالتهاب الرئوى الذى قد لا يدرك اذا اهمل القرع والاسماع وثانيا القلاع والذبحة الغلالية فى البلعوم وثالثا الالتهاب المعدى الذى كثيرا ما يصحبه تكون طلاء لبانى او غشائى ملتصق بباطن المعدة وقوامه يختلف من قوام الزلال السائل الى قوام الزلال المتجمد بالحرارة

العلاج * العلاج الحافظ للصحة لا يتم فعله الا فى الحالة الوبائية التى تستدعى انتباه الاطباء واقارب المريض فتبعد الاطفال حسب الامكان عن تأثير الاسباب المنسوب لها الخناق ويمنع اجتماع الاطفال الاصحاء بالمرضى وان كانت عدوى هذا الداء غير ثابتة فهذه هى الوسائط الحافظة من الاصابة به والملابس

المناسبة لحالة الجو ينبغى الانتباه لها ايضا اذا كان الوقت مهددا بحصول الداء ولكن بدون ان يحصل لهم من نقلها كرب وزعل ولا تكون مانعة من استنشاقهم الهواء الخالص ويحترس من نقلهم الفجائى من الحر الى البرد وان لا يعرضوا لمصادمة الرياح اى لتيار اى هواء كان والمعتادون على السكنى فى درجة حرارة مرتفعة يكونون معرضين ولا بد لآفات النهاية مخصوصة غير ان من الغلط المغم مازعموه من استحسان حالة تفعل فى الاطفال يتشجعون بها على مقاومة تقلبات الهواء وعدم اعتداله بان يمرنوا على البرد من وقت ولادتهم فكثيرا ماشوهدت اطفال فعل بهم ذلك فاصيبوا بالخناق فى سن السنتين

فاذا كان طفل اصيب سابقا بهذا الداء ونجى منه كان الانتباه فى حقه للاحتراسات التى ذكرناها آكد مما فى غيره لان من المحقق سهولة عود الداء له فقد ذكروا له سبعة اعواد بل تسعة فى شخص واحد ففى مثل تلك الحالة يكون من الحزم ان يتعود فى مدة الشتاء على استعمال ملابس تامة من الفلانيل مباشرة على الجلد وتبدل مدة الصيف بثياب القطن والكتان السميكة فاذا لم يوجد الا اعراض الدور الاول ولم يكن فى هذه الظاهرات العامة صفة قطعية بحصول الداء لم يلزم مقاومتها بعلاج قوى على ان وصف هذه الظاهرات بكونها مقدمة وتصور تبعيتها لهذا الدور يعينان على اهمال العلاج فاذا ساعدت حالة الجو على ظهور هذا الداء وان كان هنالك شك فى الاعراض النزلية والحمية كان من الحزم عدم الاهمال اذ يمكن بالهمة والفاعلية المناسبة قطع الداء من اصله حينئذ فالحمية والمشروبات الملطفة المعطاة بكثرة والاستحمامات الفاترة سواء الكاملة او الجزئية اعنى حمامات الاقدام او الايدى والكمادات المرخية على الاطراف السفلى بل وعلى جميع الجسم بواسطة غطاء من الصوف يلف فيه الطفل ويغطى بخرق حارة هى الوسائط اللطيفة الخاصة بتسكين حالة الحمى ويلزم استدامة استعمالها او تجديدها فى الدور الثانى فاذا كانت الحمى شديدة وضع بعض علق على العنق او على الشرج فى الاطفال الصغار وفصد الذراع فيمن عمرهم سبع سنين فاكثر وربما نفع جدا المعرقات المائية والاستحمامات البخارية

اللطيفة

اللطيفة الحرارة والمروخات الزيتية

فاذا وصل الداء الى الدور الثانى لزم ماعدا المعالجة النافعة للبنية عموما ان يعالج الداء الموضعى والوسائط التى تتم هاتين الغايتين كثيرة فقصد الذراع او القدم يؤثر كمحلل وكنقص لكمية الدم فبذلك يعين على تخفيف عظيم والفصد الموضعى فى الاطفال الصغار ينتج سريعا نتائج عامة وتكون نتائجه اقوى كلما كان الطفل اصغر سنا ولذلك اذا وضعت علقة على قسم الحنجرة كفت لازالة الخناق من طفل عمره ثمانية ايام وربما وقف بذلك سير الخناق الموجود وقت الولادة بحيث يكون ظهور الداء وزواله فى آن واحد ويكفى اربع علقات على جانبى الحنجرة لطفل عمره سنة تقريبا وكثيرا ما انقاد الالتهاب الحنجرى الحصبى لوضع العلق مرة وفى بعض الاشخاص احتيج لاعادته ثلاث مرات حتى نيل منه حسن حال مستدام وفى بعضهم لم يحصل منه الا تخفيف وقتى ومنهم من لم يتأثر منه اصلا والمحل الذى يلزم وضعه فيه هو بين العضلتين القصيتين الحلميتين وعلى طول حافتهما المقدمة ويصح ان يوضع على القسم الحلمى لتسكين الاعراض المخية التى قد تشاهد احيانا واما عدد العلق فلا تحديد له وانما يختلف باختلاف بنية الاشخاص وقوتهم وسنهم ولا يصح ان يجاوز العدد اربعا قبل سن سنة ولا احد وعشرين ذلك الا اذا بلغ الطفل ثلاث سنين ونقول بالاختصار الاحسن وضع مقدار قليل منه لا كثير ففى الحالة الاولى يكون ذلك دائما حيلة للرجوع الى الفصد بل يمكن ذلك بعد الوضع حالا بان ينبه سيلان الدم بوضع ضماد او كماد حار على لدغ العلق اما فى الحالة الثانية فيخاف من تأديته للضعف المستدام ومن تعجيله وتثقيله خطر الدور الثالث فاذا كرر الفصد الموضعى لزم زيادة الاحتراس اكثر من الوضع الاول وتقليل كثرة الفقد للدم الذى تحرك للخروج بذلك وفى المساعدات المناسبة الضمادات حول العنق والمشروبات المرخية واللعابية المأمور بها كثيرا لكن بكمية يسيرة فى كل مرة لتندية الحنجرة ومجاوريها مالم يحصل من الازدراد نوب سعال

وقد مدحوا ايضا فى الدور الاول فى الابتداء استعمال المقيئات وهنالك جرعة

تسمى مضادة الخناق منسوبة لشوسيير وليست هي الامجموع جواهر مقيئة
ولا نشك فى انه اذا كان اللسان متحملا للمادة اى وسخا وسبق ظهور الالتهاب
الحنجرى علامات اخر للتلبك المعدى يكون المقىء عظيم النفع اما لكونه
يقطع التضاعف المغم اوانه بالاولى يزيل الفساد العام الحافظ للالتهاب متعلقا به
قال دوجيس قد رأيت شامرات كثيرة نفعه نفعا واضحا خصوصا فى الحصبات
مع الالتهاب الحنجرى لكن تظن ان من الحزم دائما الابتداء بالقصد ويكون
من غير القانون اذا لم يكن خطرا تكرار التقايى مرة اومرات فى اليوم كما قال
ذلك لاهنك قال دوجيس والظاهر ان الابيكا كوانا افضل من الطرطير المقىء
ويكون شرابها اومنقوعها من الادوية اللطيفة الغير المؤذية حتى وان كان هناك
التهاب معدى قليل الشدة ولا حاجة لان نقول انه يلزم الاقتصاد فى كل منهما
اذا دل احمرار اللسان وحساسية القسم المعدى اى تألمه وحرارته ونحو ذلك
على ان المعدة ملتهبة جدا اما ماعدا هذه الحالة فيجوز ان يحصل من تكرار المقىء
تكرارا غير فاحش نوع آخر من المنفعة كما تنفع الملينات اى المسهلات الخفيفة
نفعا قويا فلها فى الحالة الالتهابية نتيجة يصح ان تعتبر محولة اومفرغة اى مقللة
لسوائل الجسم بسبب ماتفعله من الاستفراغات فبموجب ذلك نأمر بزيت اللوز
الحلو ممزوجا بشراب الورد الكالح اوزهر الخوخ وبالشكوريا والمن اصابع
ونحو ذلك ويمكن ان تعطى هذه كلها حقنا اذا عسر على الطفل ازدرادها
اوخيف اندفاعها من المعدة

فان اهمل ذلك العلاج اولم يحصل منه ثمرة ووصل الداء الى وقت لاتنفع فيه
الوسائط المذكورة كأن قرب الى زمن الهبوط اى الى الدور الثالث اووجدت
الاعراض الواصفة لهذا الدور لزم تحصيل واسطتين جديدتين احداهما تهييج
الجلد والتهابه ليحصل فى الحالة العامة للجسم وفى حالة الحنجرة تغيرات نافعة
وثانيتهما طرد مستنتجات الالتهاب فيزول بذلك التعب الحاصل منها المجتمع
مع التعب المتسبب عن تضايق المزمار

فاما اولا فنكتفى هنا بان نذكر منافع الادوية الجاذبة ومضارها بدون ان نذكر

البيان التعليمي لفعلها وقد جعل كثير من الاطباء استعمال هذه الوسائط مناسبا نافعا بحيث تجاسروا على وضعها في جميع الاحوال وجميع الادوار ونقول ان من الواضح ان فعلها في ابتداء الدور الثاني وفي الثالث انما هو تزايد الحمى والحالة الالتهابية وذلك معروف من الزمن الذي اشتغل فيه بجليني بالبحث عن الحراريق والافراط في استعمالها الى وقتنا هذا وهذا الخطر يكون مهلكا اذا وضعت الذراريح قرب المحل الكثير التهيج او غطي القسم الحنجري بلزقة منفطة او احيط العنق بشريط جاذب اما اذا وضعت بعيدة عن المحل الاصلي للداء فانها قد تكون نافعة وذلك كحمامات القدم الحارة والخردلية واللزق الخردلية والمحاجم الجافة ونحو ذلك ومنفعة هذه المحمرات حينئذ حتى في سير الدور الثاني هي انها تبعد وتضعف نوب الاختناق وقد شاهد دوجيس مثل هذه النتيجة الجيدة من وضع لزقة خردلية ضيقة في العرض على شوك الظهر ويلزم ادخار استعمال الحراريق لقرب ظهور الدور الثالث وربما كان وضعها بعيدا بمسافة ما عن الحنجرة اولى من وضعها على نفس هذا القسم كذا قال لاهنك وقال دوجيس لا اشك في ان الداء كثيرا ما اشتد وزادت اعراضه حتى اهلك الطفل في اقل من اثنتي عشرة ساعة بسبب وضع المحمرات كروح النوشادر ونحوه على الجزء المقدم من العنق فتولدت من ذلك شبه حمرة واسعة

وقد ذكروا ادوية من هذا النوع ولكنها شديدة القوة عن ذلك ايضا فمنها الكي بالنار على القسم الحنجري وتلك واسطة مدخرة للخناق المزمن ومنها غمس المريض في حمام محلول فيه دقيق الخردل ونقول الم يخش الذين يفعلون ذلك من ان يعقب التخفيف الوقتي الناتج من ذلك تضاعف في العوارض بسبب التهيج العام الذي هو نتيجة لازمة لعملية شاقة كهذه والتهيج القريب المستقيم الحاصل في الطرق الهوائية من الابخرة الخارجة من الحمام المذكور فذلك واسطة لا تناسب الا في الدور الثالث وتكون هي آخر الوسائط كما يقال آخر الطب الكي

واما ثانيا فاندفاع الغشاء الكاذب في الخناق لا يلزم الاجتهاد فيه الا على سبيل

التبع للعلاج الخاص باتلاف اصل الداء نفسه ويتبوع بجميع العوارض وها هي الطرق المختلفة التي استعملت لتخليص الحنجرة من الجسم الغريب المتكون فيها

الاول منها انه يمكن تنبيه النفث بازدراد بعض ادوية كالمستحضرات العنصلية والانتيمونية واستنشاق الابخرة المائية او الممزوجة بقليل من الخل وتلك واسطة يستدعي استعمالها انتباها وتفطنا عظيما فانها تزيد في عسر التنفس وربما نتج عنها تجديد مغص اذا استعمل منها جواهر شديدة التنبيه كالخل الخالص والكلور ونحو ذلك بخلاف القرمز المعدني فانه ينتج من استعمال قمحة منه في اليوم نفث كثير مخلوط باهداب غشائية يحصل منها تخفيف ظاهر ويحرض هذا النفث ايضا بنغمشة الحلق وبوضع جواهر مهيجة مخلوطة بالعسل كالحمض مرياتيك وكبريتور البوتاس اذا وضع على اللهاة والبلعوم ولسان المزمار بواسطة قلم رسم وتلك عملية لا تسلم من الخطر وهو تشنج المزمار فلا يحصل منها الا التعب وانزعاج المريض ويظهر انها غير نافعة

الثاني التقايي الخالي عن الانزعاج والاضطراب المحرض بالمقيئات المستعملة بقدر يسير كشراب الابيكاكوانا والطرطير المقيء الممدود جدا بالماء وكبريتور البوتاس بكمية من قمحة الى قمحتين وبصل العنصل مسحوقا ونحو ذلك فان هذه كثيرا ما تحرض خروج السائلات والمواد المخاطية فتجذب معها عند اندفاعها ندفا من الاغشية المخاطية الآتية من الطرق الهوائية واما المعطسات التي تنفخ في انف الطفل بواسطة انبوبة فيظهر انها عديمة النفع اذا كان الانزعاج الذي يحصل منها لطيفا وتكون خطرة اذا كان قويا فلا ينال منها على كلا الحالين النتيجة المطلوبة ولاسيما اذا وصل الداء الى الدور الثالث ومع كل ذلك لا ينبغي اهمالها بالكلية لان تقلصها المحتمل وانزعاج اعضاء الصدر منها قد يعين على اندفاع تلك الاغشية

الثالث هنالك تخيل قاس لكنه بديع وهو ان يذهب باسفنجة موضوعة في طرف قضيب قابل للانثناء حتى تصل الى الحنجرة كما فعل ذلك دويترن غير ان هذه

الواسطة عسرة العمل وماعدا ذلك يصح ان يكون من عيوب هذه العملية
ان الاغشية الكاذبة بدل ان تنجذب الى الخارج تغور حتى تدخل فى القصبة
الرئوية فتحدث اختناقا قريب الوقوع
الرابع الشق القصبي الذى امربه كثير من الاطباء وهو عملية مهولة بالنظر
لنتائجها ولا تكون الا آخر الاعمال وذكر بعضهم انها فعلت فى الخناق
كما فعلت فى غيره من وقوف الاجسام الغريبة فى القصبة لكن ربما منع من
فعلها عدم وجود صفات محققة يستفاد منها ان التجمدات الغشائية لم تمتد
للشعب والا كانت العملية حينئذ غير نافعة والموت محققا ونقول هذا صحيح
غير انها حينئذ تطيل حياة المريض زمنا ما كما يدل على ذلك الامور الواقعية
التى عملت فيها فقد شوهد من عاش يومين او ثلاثة او اربعة بعدها ونجحت مع
منوار ايضا وفعلها بريطونوس ثلاث مرات اولاهن لم تنجح والمرتان
الاخريان فعلهما تجاه اعين الطبيب جرسان فى آخر درجة من الخناق
وطالت حياة المرضى مدة ساعات وبالجملة فهى لا تخلو عن الخطر فينبغى
ان لا تعمل الا فى الدور الاخير من هذا الداء اذا لم ينجع غيرها من الوسائط وكان
المريض فى حالة نزع فاذا كان الطفل فى ضعف زائد جاز ان يموت فى مدتها
او بعدها حالا ويلزم الامتناع عنها متى كانت الصفات الحقيقية الواصفة
للخناق غير زائدة الوضوح او مشكوك فيها او كان الخناق مضاعفا بذبحة
غلالية بلعومية شديدة جدا او كان هناك انتفاخ عظيم فى العقد الابطية او كانت
متقيحة لان هذا التقيح كاف لاهلاك المريض او كان مضاعفا بالالتهاب الشعبى
او البلوراوى او الرئوى لان زيادة دخول الهواء فى القصبة يثقل هذا التضاعف
فيكون دائما مهلكا وتكون دلالة العملية جيدة اذا جاوز الطفل زمن
التسنين الاول فان العملية حينئذ تصير اقل تعسرا ولا يكون معرضا لشق الغدة
الدرقية ولا الغدة المسماة بالتيموس لان القصبة تكون حينئذ اكثر سعة
والاطفال الصغار يكونون اكثر تعرضا للتشنجات فى الدرجة الاخيرة من
الخناق قال جرسان قد شاهدت هلاك طفلين حالا بمجرد ادخال ملعقة

فى فهمها لاجل خفض اللسان والبحث فى البلعوم فبالضرورة يكون الخوف من مسكهم لاجل العملية اعظم اذيعرض ذلك فيهم نفس هذه العوارض لكن هذه الاسباب ليست كافية لهجر العملية بالكلية فى الاطفال الصغار جدا لان هناك وجها للنجاح فان الغشاء الكاذب لايمتد عادة فيهم الالفوهة المزمار او للحنجرة بحيث ان حالة العملية فيهم تكون كحالة التهاب اوذيما المزمار

ولاجل تأكيد نجاح الشق القصبى يلزم بعد شق ثلاث حلقات اواربع من القصبة مع الاحتراسات المذكورة فى محلها فى القطع الشعبى ان يغمس فى القصبة جفت مخفوف لتمسك به اهداب الغشاء الكاذب بل من النافع ايضا ان تكون كثيرة الضيق والطول حتى يتيسر مسكها الى تفرع الشعب ويصح ان يتم ذلك بصنانير صغيرة محفوفة وقد يتفق ان الاغشية الكاذبة تنفصل من الحنجرة والقصبة وتسقط فى محل التفرع المذكور وذلك هو ماوقع لجرسان فى عملية عملها فى مارستان الاطفال مع انه قطع ثلاث حلقات من القصبة وادخل الجفت مرات كثيرة فلم يتيسر له مسك هدب غشائى ولاقذفه الى الخارج ولما فتحت جثة الطفل وجد ان الاغشية الكاذبة انفصل جزء منها وسقط على الزاوية المتكونة من تفرع الشعب ثم اذالم تنفع الجفوت ولا الصنانير المحفوفة يصح ايضا ان يدخل من الاعلى من الحنجرة ومن الاسفل من الشعب اسفنجة مثبتة فى قضيب من القيطس شبيه بما استعمله دوبيترن لفصل الاهداب الغشائية الملتصقة وهذا الادخال المتكرر فى القصبة الرئوية ليس عسرا ولا خطرا لان القصبة ليست شديدة الحساسية كشدة حساسية الحنجرة وخصوصا المزمار فاذافعل ذلك الادخال بسرعة كان قليل الايلام ولا يوقع حياة المريض فى خطر قال جرسان اتفق انى حضرت عملية شق قصبى فعلها ماجندى فكرر ادخال ريشة بزغبها من اعلى شق القصبة واسفله بدون ان يظهر من حالة المريض تألم وبغير هذه الواسطة لايمكن فصل الاهداب الغشائية الملتصقة التصاقا متينا بالغشاء المخاطى انتهى

وذكر بليار على صورة السؤال مانصه ايليق حينئذ ان يفعل مااوصى به

بريطونوس من فتح القصبة ثم المرور بقلم رسم ذرعليه مسحوق الكالوميلانس او الشب لاجل اتلاف وسقوط الغلالة الغشائية ثم قال لم تؤكد لى التجربة قوة هذه الواسطة بحيث اجعلها من الوسائط الرئيسة فلا اقول بجواز فعلها الا اذا لم ينفع غيرها من الوسائط المعقولة فانى لا انسى ابدا ما اتفق انى دعيت مرة لبنت صغيرة فى اليوم الثالث من اصابتها بالخناق فعالجتها بمضادات الالتهاب القوية فلم تفد شيأ ولا زالت البنت آخذة فى الانحطاط وقرب الاجل ساعة فساعة وكان ابوهما من الممارسين لصناعة الطب فقهرنى بسبب يأسه على استعمال هذه الواسطة الجديدة التى اوصوا بها من زمن قريب لعلاج الخناق فاخذت قضيبا من القيطس ووصلته بقلم رسم غمسته فى محلول مركز من الشب وادخلته فى الحنجرة والقصبة فعند ذلك حالا حصل للمريضة حركات عنيفة تشنجية بعد ان كانت ساكنة هادئة وماتت بين يدى فى اقل من خمس دقائق فتلك الطفلة وان كان داؤها قبل العملية مستدعيا الهلاكها الا انه انطبع فى ذهنى انى كنت السبب للتعجيل فآليت على نفسى ان لا ادخل دواء فى قصبة متهيجة من طفل ابدا انتهى لكن قال اولفيير عندنا الآن فى المشاهدات الطبية ثمانية عشر مثالا للشفاء من ستين عملية فعل فيها الشق القصبى على مقتضى ما اوصى به بريطونوس فكان ذلك مسوغا للاقدام عليها وسيما اذا وصل الداء لدوره الثالث وكان السعال نادرا ويابسا جدا والصوت معدوما والخرخرة الحنجرية القصبية جافة والتنفس عسرا متواترا مع انقباض شديد فى عضلات العنق وجناحى الانف وارتفاع البطن كما قال ذلك جرسان وعلى رأى الطبيب ترسو يبادر بفعل الشق القصبى ما امكن فبموجب ذلك يفعل من ابتداء الداء متى تحقق وجوده قال لانه ثبت بالتجربة ان لا ينقذ الا واحد من العشرة اذا فعلت العملية قبل ان يتكون التجمد الغشائى فى غير الحنجرة اما اذا فعلت فى اطفال غطيت شعبهم قبل ذلك بتلك التجمدات فلا يشفى الا واحد من عشرة وبعد شق القصبة يدخل فى فوهة الشق الآلة التى سماها هذا الطبيب بالموسعة وتشبه الجفت الاعتيادى لعلاج الجروح وهى

منحنية على سطحها ويوجد فى طرفيها مهماز بارز الى الخارج معدلان يتكلب
فى بشفتى القصبة فتدخل تلك الآلة مطبوقة فى شق هذه القناة فاذا اصارت فيها
فتحت بلطف ثم تترك فى القصبة مادام الغشى الذى يتسبب عادة عن العملية
موجودا وحتى تدخل الانبوبة التى ينبغى ان لا توضع بعد العملية الا بعد عشر
دقائق او عشرين وينبغى تنظيف القصبة والشعب قبل ادخال هذه الانبوبة
وكى الغشاء المخاطى المغشى لهما وهذا الجزء من العملية اعنى التنظيف يعمل
بآلة صغيرة اخترعها بريطونوس وهى شبه ممسحة كممسحة المدافع تزال بها اولا
المواد المخاطية التى تسد القصبة فلاجل ذلك تغمس بسرعة الى ثلاثة قراريط
او اربعة او خمسة بل ستة ايضا فاعلا مع ذلك حركة استدارة وينبغى فى الابتداء
ان تندى الاعضاء من الباطن بنحو نصف ملعقة صغيرة من ماء فاتر او بارد
ليسهل ازالة الغلالة المخاطية بعد ذلك فينكشف الغشاء المخاطى فيكوى
ويعمل ذلك الكى بكيفيتين اما باللمس او بالسكب قطرة فقطرة فالكيفية الاولى
تعمل بان يمر على جميع نقط الغشاء المخاطى الذى يراد مسه باسفنجة مبتلة من
محلول ثمان عشرة قمحة من نترات الفضة فى درهم من ماء مقطر ويلزم تكرار
الكى اقله ثلاث مرات فى اليوم الاول وثلاثا فى اليوم التالى والكى بالتقطير
يعمل بسائل مركب من اربع قمحات فقط من نترات الفضة فى درهم من الماء
المقطر فتملأ ريشة اوزة من السائل ويصب منها فى القصبة وقت اخذ النفس
ثم بعد ذلك حالا يقطر فيها من الماء وتمسح بالممسحة مرات كثيرة ويلزم تكرار
هذه الكيفية مرتين او ثلاثا مدة ثلاثة ايام وتلك الكيفية اقل وثوقا من السابقة
التى هى مناسبة عموما فى اغلب الاحوال

فاذا اريد كى القصبة والشعب معا ادخل فى فتحة القصبة انبوبة قطرها يكون
دائما اقله مساويا لقطر مزمار الشخص ثم يمر بخيطين فى العينين اللتين هما
فى فتحة الانبوبة وتثبت بذلك تثبيتا متينا فى عنق المريض ويلزم دائما ان تغمس
الانبوبة فى القصبة خمسة خطوط او ستة ويوجد فى الكتب الجديدة اشكال
مختلفة للانابيب التى يمكن استعمالها بعد الشق القصبى يطول بنا المقام لو ذكرناها

ولنرجع

ولنرجع لعلاج الخناق فى الدور الثالث ففيه وان كان رجاء الشفاء قليلا والانذار ثقيلا لا ينبغى ترك العلاج بالكلية وانما يعالج الطفل بما يعالج به فى الدور الثانى فاذا كانت اعراض الاسفكسيا هى الواصفة لهذا الدور وانضمت مع اعراض الهبوط الضعفى استعملت الاستحمامات الخردلية والكؤولية والمحمرات على سطح الجسم والمقويات والجواهر المرة حقنا او دلكا بنحو صبغة الكينا ونحوها

واما الخناق المزمن فالقواعد الرئيسة لعلاجه هى الحراريق والكاويات الاعتيادية والتفجات الجرحية التى تتبع سقوط الخشكريشات والطاردات للنفث كالادوية البلسمية والعنصلية والانتيمونية والتدبير الغذائى اللطيف المناسب كاللبن مثلا والاستحمامات زمنا فزمنا واما الافصاد فلا تصير نافعة الا اذا رجع الداء باعراض شديدة اى حصل فى اعراضه شدة قوية

فهذه هى المعالجة القانونية المعقولة للخناق وينبغى ان تراعى ايضا حالة الامراض التى تضاعف الداء وتوجد معه وتنوعاتها الناشئة من بنية المريض فيعالج كل منها بما هو مذكور فى بابه كالالتهاب الرئوى والشعبى والمعدى ونحو ذلك وكذا يراعى تسلطن المزاج فيعامل كل بمقتضى قواعده المعروفة عموما كتقليل الاستفراغات الدموية فى الاطفال اللينفاويين والعصبيين والمبادرة بالمقيئات والحراريق عكس ما يستعمل فى الدمويين الاقوياء

وطعن دوجيس فى ادوية ذكروها لعلاج هذا الداء مؤسسة على مجرد تجريبات كمضادات التشنج وكبريتور البوتاسة والطرطير المقيء والمستحضرات الزيبقية والنوشادرية وصب الماء البارد لكن قال بليار ولا بأس بعد استعمال مضادات الالتهاب ان توضع الحراريق على الساقين والفخذين او تفعل مروخات من الاطلية النوشادرية او المرهم الطرطيرى على الاجزاء السفلى من العنق فقد اتفق انه شفى على يدى طفل عمره خمسة عشر شهرا باستعمال وسائط علمتها له وذلك انى بعد ان فصدته فصدا موضعيا جملة مرات ووضعته فى حمامات واسهلته بست قمحات من الكالوميلاس امرت له بشراب الايبكاكوانا فاعقب

ذلك سريعا نفثا كثيرا وقيأ وجدت فيه اهدابا غشائية وبعد ثلاثة ايام متتابعة بهذا العلاج زالت من الطفل اعراض الخناق غيران صياحه بقي دائما مخفيا وعندى امثلة اخرى تثبت منفعة الكلوميلاس المأمور به بكمية متكررة من ابتداء الداء ومن ذلك اجزم بان هذا الدواء يسبب زيادة او تنوعا فى افراز الاغشية المخاطية فتتعرى بذلك من الغلالة المتكونة على سطحها غيران هنا امرا انبهك عليه وتنبني عليه منفعة هذا الدواء وهو ان الاطفال الصغار الذين لا ينفثون اى لا يخرجون النفث بل يزدردون جميع ما وصل لفمهم الخلفى يكون تأثير الزيبق الحلو فيهم هو انه كما يفصل الغلالة منهم يعرض اندفاعها مع الثفل ايضا وقد تخرج من تأثير هذا الدواء على هيئة انبوبة مع المواد الثفلية واحيانا لا توجد منها الا بقايا ناتجة من تقطيع هذا الدواء لها او من طحنها عند مرورها فى القناة الهضمية ثم قال وما استعملت الكلوميلاس الا بكمية من ثمان عشرة قمحة الى عشرين فى الاربع والعشرين ساعة ورأيت ان ذلك يكفى لانالة النتيجة المطلوبة وآمر مع ذلك ايضا بحقنة مسهلة لان من الثابت ان المريض اذا كان معه اسهال مدة استعماله العلاج الزيبقى خيف عليه من حصول التلعب وغيره من عوارض الزيبق والعادة ان هذا الملح يعرض برازا اخضر سائلا كثيرا جدا ويحصل منه قليل قولنج ولا يزيد فى شدة الاعراض العامة التى تصاحب الخناق والطبيب جرسان كثيرا ما مزجه بالعسل غير انى رأيت ان قوام العسل يصير الازدراد احيانا بطيأ خصوصا فى الاطفال المنسد بلعومهم وحنجرتهم بمادة مخاطية كثيرة وينسب لمكث هذا الجسم اللين فى محاذاة الطرق الهوائية صيرورة التنفس اكثر اختناقية وها هو التركيب الذى امر به فيؤخذ من صمغ الكثيرا عشر قمحات ومن الماء المقطر اوقيتان ومن الكاورور الاول اعنى الكلوميلاس عشر قمحات ومن كل من شراب الشكوريا وشراب الايبكا كوانا نصف اوقية ومن ماء زهر البرتقان درهم وكلما اريد استعمال هذا المخلوط يخض ويحرك ويعطى منه ملعقة صغيرة فى كل نصف ساعة ومع ذلك لا التجأ لهذا الدواء الا بمعونة الوسائط المضادة للالتهاب

كوضع العلق فى محاذاة الحنجرة والقصبة بمقدار مناسب لسن المريض وكالوضعيات المرخية والمشروبات وبالاختصار اظن انه لا بأس ان يستنتج اولا انه لا خطر فى استعمال بروتوكلورور الزيبق بكمية من ثمان عشرة قمحة الى عشرين فى اربع وعشرين ساعة للاطفال المصابين بالخناق وثانيا ان هذا الدواء يساعد بقوة على تتابع الاستفراغات الدموية مع ان هذه الاستفراغات يقاوم بها الالتهاب والملح الزيبقى يطرد الناتج منها الى خارج البدن وثالثا انه لو فرض فى استعمال هذا الدواء خطر ما لزم ان يكون الوقوع فى خطره احسن من ترك الطفل لخطر اعظم من ذلك وهو تعريضه لخطر الداء المهول المصاب به ففى جميع الاحوال استعمال هذا الكلورور الاول المصنوع بالبخار المائى اقل خطرا من ترك المريض

قال اولفيير وبعد ان الف بليار كتابه الذى ذكر فيه ذلك اتفق له انه شاهد مرات كثيرة نجاح تأثير الكلوميلاس فى معالجة الخناق والذبحة الغلالية حتى انه الف رسالة فى خصوص ذلك والطبيب جرسان اشار ايضا بمثل ذلك تقريبا وظن انه يلزم ان يعطى بكمية مغيرة اى تسبب تغيرا فى البنية غير محسوس بدون ان تحرض استفراغا لا ان يراد منه كونه محرضا النتيجة مسهلة فانه اذا اسهل شديدا اضعف المريض وذلك ينبغى الاحتراس منه فلاجل التحرز من هذا الخطر اشار بان لا يؤمر بالكلوميلاس الا بكمية صغيرة جدا كسدس قمحة او ربع قمحة او نصفها فى كل نصف ساعة او فى كل ساعة ويخلط مع عجينة الخطمية او الصمغ المسحوق او السكر او المربات فاذا لم يحصل من هذه المقادير الصغيرة نتيجة اسهال خفيف زيد فى مقداره ولكن بمثل تلك الكيفية ثم قال جرسان فالمستحضرات الزيبقية وسائط علاجية لا ينبغى اهمالها فى الخناق المحقق اذ لو دعى الطبيب للمريض من ابتداء الداء وكانت الاعراض غير مشتدة والمريض غير زائد الضعف وشاهد شفاء الخناق ثلاث مرات من تأثير الدالك الزيبقى وفى حالة من تلك الاحوال انقطعت العوارض لوقتها من ابتداء التلعب وينبغى مع استعمال التمريخ على جانبى العنق وفى الابطين

والاجزاء الانسية للذراعين وحافة الاسناخ ان يستعمل مع ذلك الكلوميلاس من الباطن انتهى

المبحث الرابع
فى الذبحة الاوذيماوية

كثيرا ما يوجد فى فتح جثث الاطفال الذين كان معهم حال الحياة اعراض الذبحة انتفاخ اوذيماوى يختلف عظمه بدون ان يوجد فيهم فى محل ذلك الانتفاخ التهاب واضح والصفات والعلامات الخارجة لهذه الآفة ليست جيدة المعرفة وانما يوجد كما فى الذبحة الالتهابية تغير فى الصياح عميق واما العلامات الاخر فتكون اعسر معرفة كلما كان عروض الاوذيما الاطفال اكثر ضعفا وقربا للموت وبموجب ذلك لا يوجد فى وظائفهم نمو واضح حتى تكون التكدرات التى تعرض لهم ظاهرة للمشاهد وينبغى ان ننبه على ان كثيرا من الاطفال المصابين باوذيما المزمار يوجد معهم ايضا اوذيما فى المنسوج الخلوى المنسوب لاجزاء مختلفة من الجسم وصياحهم الذى هو غير منتظم ومخنى غالبا وغير تام يكون نخعيا كيعار المعز ولذلك سمى بليار هذا التنوع فى الصياح بالصياح المعزى قال وقد شاهدت هذه الظاهرة المخصوصة فى ثلاثة اطفال مصابين باوذيما المزمار وها هو مثال من ذلك

وهو ان طفلا عمره يومان وكان قوى البنية غير ان جلده كالح اللون كان ساقيه وقدميه اوذيماوية دخل المارستان فى الثالث عشر من اكتوبر وصياحه شاق متعب اختناقى كانه نخعى يشبه الصوت الآتى من مرور قوس الرباب على اوتارها مرورا رديئا وكانت اطرافه باردة ونبضه بطيأ صغيرا خفيا وفى الرابع عشر ظهر فى جسمه يرقان عام مع الاعراض السابقة بعينها (علاجه الماء السكرى واللبن الممزوج) والتزم الطبيب بارون بسبب ما معه من التعسر الزائد فى التنفس وحالة الاحتقان العام ان يضع له علقة تحت كل ابط فنقص بذلك احتقان الجلد الا ان الوجه بقى وحده شديد الاحمرار بنفسجيا وكانت حالة الصياح كالسابقة وفى السادس عشر ظهر دفعة على خده الايمن كدم

بنفسجي امتد الى الشفة العليا حتى صارت محلسا لانتفاخ اوذيماوى عظيم واستوصياحه بالكلية وصارت ضربات نبضه بطيئة خفية بحيث لايمكن عدها وخرج من فمه وانفه مواد مخاطية رغوية ثخينة دموية ثم مات فى المساء وفى فتح جثته وجد الفم سليما واما المزمار فكان فيه انتفاخ عظيم اوذيماوى ووجدت الجدران الجانبية للحنجرة مبيضة منتفخة بحيث تلامس بعضها ولما وخزت بسن المشرط لم يخرج منها ماء وكأن المادة المصلية تجلدت فى المنسوج الخلوى الذى تحت الغشاء المخاطى ووجد احتقان واضح فى الحافة الخلفية لكل رئة وبقية اعضاء الجسم ليس فيها ما هو عظيم الاهتمام وانما كانت الكبد شديدة الاحتقان بالدم والصفراء كثيرة مسودة فهنا وجد توافق يحتاج للتنبيه عليه بين اوذيما الاطراف وسطح المزمار ووجدت ايضا نسبة بين حالة الدورة والرشح المصلى الذى ذكرناه فمن مراعاة تلك الظاهرات المختلفة مع التغير المخصوص للصياح فى طفل اجزاؤه الخارجة اوذيماوية يمكن ان يستنتج وجود هذه الذبحة قال بليار قد شاهدت الذبحة الاوذيماوية فى اطفال متقدمين فى السن وبعدان وصلوا الحالة هبوط زائد حصل لهم فى الازمنة الاخيرة من حياتهم ترشح مصلى فكان معهم مع ذلك اوذيما فى اجزاء مختلفة من جسمهم فمنهم من كان صياحه مستورا ضعيفا غير تام ولكن لا يوجد اصلا فى النغمة التنوع المخصوص الذى شاهدناه فى الطفل الذى هو موضوع المشاهدة السابقة فيظهر ان الصياح المعزى يكون لندر ولعسر مشاهدة كلما تقدمت الاطفال فى السن

وعلاج هذه الآفة لا يوجه نحو مجلس الداء نفسه فقد شاهدنا ان الذبحة الاوذيماوية للطفل الذى فى المشاهدة السابقة كانت مصحوبة باحتقان رئوى وضعف زائد فى الدورة فاذن يلزم ان يجتهد فى مقاومة كل منهما بالوسائط المناسبة له وسنذكرها فيما يأتى فاذا زال السبب انقطعت النتيجة ومن العسر جدا علاج اوذيما الحنجرة العارضة للاطفال المهزولين المنهوكين بآفات مزمنة لان سببها الواضح حينئذ ليس دائما هو تعطل الدورة او وقوف الدم فى باطن

اعضائها واعضاء التنفس فيلزم فى هذه الحالة تحريض تحلل الاوذيما بالدلك الجاف او العطرى الذى تعان تمايجه بالتدبير الحمى والغذائى المناسب لحالة الطفل قال بليار ولا اشير بادخال ابخرة عطرية فى الطرق الهوائية لان ضيق الحنجرة والقصبة والاستعداد العظيم فى الاطفال الصغار لتشنجات هذه الاعضاء يعارضان بالطبيعة استعمال هذه الوسائط التى لاتنتج حتى فى البالغين الانتايج غير يقينية وقليلة الوضوح

ولاحاجة لنا الان نذكر شرحا مخصوصا لامراض القصبة فان شرح اعراضها موجود فى شرح امراض الحنجرة او الشعب على انه يعسر فى الاطفال الصغار ان يشخص الجلس الحقيقى لامراض الحنجرة او القصبة واما فى الاطفال الكبار فلا تختلف عن ما فى البالغين

المبحث الخامس

فى ضخامة الغدة الدرقية فى المولودين

من المعلوم ان هذا الجسم اعنى الغدة الدرقية من توابع الحنجرة والقصبة وان وظيفته مجهولة وقد اثبت بليار فى بعض كتبه انه يندر ان يحصل فيه شئ من التغيرات الخلقية قال اوليفيز قد رأيت هذا الجسم قدر حجمه الاعتيادى ست مرات فى جنين ولد فى السابع ومات عند ولادته فكان له امام العنق هيئة ذقن ثان مستدير موضوع على قمة الصدر فليست تلك الضخامة الخلقية شديدة الندرة واعظم مثال لذلك ماشاهده جوليوس فى طفل مولود فكان ذلك الجسم كورم ممتد من الاذن الى الخد الايمن حتى وصل لحافة الاضلاع وكان ذلك الورم معلقا امام الصدر وكأنه فتق شعبى خلق حقيقى لانه يتصل فى العمق بالقصبة الرئوية وكان حجمه يزيد من كل جهة حينما يصيح الطفل وفى حالة الشهيق اى اخذ النفس ويهبط راجعا على نفسه عند الزفير اى رد النفس وحينما يكون الطفل ساكنا هادئا ولم يتكلم جوليوس على علاج هذا الورم وظن بعض الاطباء ان المناسب فى مثل تلك الحالة ان يوضع على سطحه اوضاع روحية قابضة حتى يرجع منسوج الورم على نفسه ويمنع

تمدده

تمدده وانبساطه فاذا لم يتناقص بذلك نموه لزم فعل شقوق عميقة فيه ليمر منها الهواء باطلاق وتكشف الفوهة الغير الطبيعية للقصبة وذكر جوليوس حالة اخرى لذلك الفتق الشعبي الخلق وكان الورم كبير الجم مكونا معظمه من تمدد العنق الذى كان منتفخا جدا وربما اضطر لاستئصال تلك الاورام اذا ازداد حجمها وعظمها فيما بعد واتصال باطن النوع الاول من الورم بالقصبة الرئوية ربما استند على رأى بعض الاطباء الذين قالوا انهم شاهدوا قناة او قنوات جاعلة اتصالا بين الجسم الحرقى والحنجرة او القصبة وشوهد احيانا هذا الجسم منقسما الى نصفين منفصلين عن بعضهما وتلك الحالة توجد فى الحالة الاعتيادية فى اغلب ذوات الثدى

القسم الثالث

فى امراض الجزء الصدرى من الجهاز التنفسى

يشتمل هذا القسم على امراض الرئة والشعب والبلورا فنى هذا القسم فصول

الفصل الاول

فى نمو هذه الاعضاء

لا يليق ان نترك الكلام هنا على نمو التجويف الصدرى لان له مشاركة قوية فى وظائف التنفس بسبب حركاته الممتع بها فان اتساعه وتضايقه المتعاقبين يعينان اعانة قوية على اتساع الرئتين وعيوب تكوينه لها تأثير على فعل التنفس فلنذكر نمو الصدر والرئتين معا فى آن واحد فنى الازمنة الاول من وجود الشخص لا يكون الصدر الا تجويفا ضيقا جدا وجدرانه فى الابتداء زائدة الرقة بحيث لا تكون الا غلالة قابلة للانثناء ويرتسم فى مركزها انصاف دوائر مبيضة تكون فيما بعد هى الاضلاع وكلما تقدم الجنين فى السن ونمت الرئتان يزيد الصدر فى الاتساع فيعظم تجويفه ولا سيما من الاسفل لان البطن فى الابتداء يتكون منه وحده معظم حجم بدن الجنين ويرتسم على الجدارين الجانبيين من الاعلى لهذا الصدر نتوآن صغيران مستديران فيهما بعض بروزهما اصل الذراعين والجزآن الجانبيان لا يذهب احدهما نحو الآخر بل

يبقيان متباعدين ليتمان التجويف الصدرى الذى يكون فى الابتداء مفتوحا ثم ينسد ويبقى دائما على هذا الانسداد ما لم يحصل فيه عيب من عيوب التكون وفى وقت الولادة يكتسب الصدر اقطارا عظيمة ومع ذلك يبقى بالنسبة للبطن اقل سعة من نسبته اليه فى زمن متقدم عن ذلك وسيما فى البالغين ثم فى مدة اكتساب التجويف الصدرى فى الاتساع والارتفاع الابعاد التى يصل بها شيأ فشيأ الى الحالة التى يلزم لن يكون عليها عند الولادة تجتاز الرئتان ايضا الدرجات المختلفة لنموهما وانما ابتداء ظهورهما يكون نحو الاسبوع السادس ويكونان اخفض من القلب ويقال عموما انهما اقل حجما منه قال بليار قد تيسر لى مشاهدتهما فى جنين عمره تقريبا ستة اسابيع شرحته بتشديد الراء مع بعض الاطباء فكان شكل القلب منه ككرة صغيرة مستديرة فى حجم حبة دخن والرئتان يدل ان تكونا صغيرتين جدا كما قالوا كانتا معلقتين بجانبيهما على شكل حوصلتين شفافتين مسترخيتين اكبر حجما من القلب ومجوفتين من الباطن وتيسر تأكيد ذلك فيهما بالنظارة المعظمة وتلك الاعضاء الصغيرة الملززة مع بعضها الراضيقة مستندة على غشاء رقيق جدا يفصل الصدر عن البطن وهو الحجاب الحاجز والرئتين فى الابتداء سطح املس مبيض لكن كلما تقدم الجنين فى السن ظهر بعض تقاوير تدل على انفصال الفصوص عن بعضها ثم ترتسم على السطح الظاهر للرئتين خطوط تدل على تقسيم الفصيصات فتكونان حينئذ متينتين مصمتتين وتأخذ فى النمو لورود تهما وشرايينهما وفروعهما الشعبية ويزيد حجمهما مع زيادة اتساع التجويف الصدرى ويصير لونهما ورديا وفى زمن الولادة يوجد فيهما الصفات التشريحية التى يلزم ان نذكر فيها هنا بعض كلمات قليلة

وذلك ان الرئتين من الشهر السادس الى التاسع يكون شكلهما كالشكل الذى يكون لهما فيما بعد غير ان لونهما يختلف حينئذ باختلاف الاطفال فيكونان منتقعتى اللون انتقاعا يختلف قلة وكثرة اوملونتين تلونا كذلك على حسب حالة امتلاء الشخص او قلة دمويته وفى بعض الاحوال يوجد على سطحهما نكت

حمر على شكل الحزاز ويقرب للعقل ان هذه هى النكت التى تشاهد على سطح الرئتين فى البالغين ضاربة للزرقة وفى احوال اخر يكون لون الرئتين مبيضا اووردياكالحما فيشبه لون رئة العجل اوالثور قال بليار قد شاهدت مرتين فى رئتى البالغين هذا الانتقاع مع زوال المادة الملونة من سطحهما وهل ذلك كان فيهم نتيجة تغير فى اللون الاصلى الخلقى للمنسوج الرئوى اظن ان الامر كذلك

والرئتان مدة الحياة داخل الرحم تملآن التجويف الصدرى كله وتنضغطان بجدرانه بحيث ينطبع فيهما احيانا اثر الاضلاع التى تكون دائما فى الطفل ابرز فى الباطن منها فى الكبار البالغين فلا تنس ذلك الانطباع الذى قد يظن انه نتيجة اوعلامة لحالة مرضية قال بليار وقد رأيت هذه الهيئة نفسها فى بعض البالغين ويمكن انها تكونت مدة الحياة داخل الرحم وبقيت الى ذلك السن المتقدم واذا كان الامر كذلك فلا ينبغى ان تعتبر فى البالغين كما فى الاطفال ايضا نتيجة ورم عارضى فى العضو واذا كان بروز الاضلاع فى البالغين ليس كافى الوضوح بحيث تتضح منه تلك الانخفاضات فى الحافة الخلفية للرئتين يكون توضيح هذه الظاهرة اقل تعسرا اذا اخترنا ان ذلك حصل فى زمن من الحياة كانت الاضلاع فيه ابرز وبقيت تلك الهيئة محفوظة دائما مع التقدم فى السن وقد سمعت ان لاهنك تشكك تشككا عظيما فى امكان حصول تلك الانخفاضات الرئوية المحاذية للاضلاع قال لان هذه الاضلاع ليست زائدة البروز حتى تحصل منها تلك الهيئة انتهى غيران التوضيح الذى ذكره بليار يزيل تلك التشككات

واذا فتح صدر طفل لم يتنفس وجد فيه مشابهة تقرب للتمام بين الغدة المسماة تيموس والرئتين فيظهر ان هذه الغدة رئة ثالثة مع انه لم يدخل فيها فرع من الفروع الشعبية وانما نبهنا على هذه المشابهة لان هذه الغدة بعد الولادة تبقى حافظة لهذه الهيئة فيصح ان تخدم مبدأ مقابلة واهتداء للبحث الذى يراد فعله فى منسوج الرئتين المتنوع اوالغير المتنوع بالتنفس انتهى بليار قال اولفيير

منحنية على سطحها ويوجد فى طرفيها مهماز بارز الى الخارج معدّ لان يتكلب فى شفتى القصبة فتدخل تلك الآلة مطبوقة فى شق هذه القناة فاذا صارت فيها فتحت بلطف ثم تترك فى القصبة مادام الغشى الذى يتسبب عادة عن العملية موجودا وحتى تدخل الانبوبة التى ينبغى ان لا توضع بعد العملية الا بعد عشر دقائق او عشرين وينبغى تنظيف القصبة والشعب قبل ادخال هذه الانبوبة وكى الغشاء المخاطى المغشى لهما وهذا الجزء من العملية اعنى التنظيف يعمل بآلة صغيرة اخترعها بريطونوس وهى شبه ممسحة كممسحة المدافع تزال بها اولا المواد المخاطية التى تسد القصبة فلاجل ذلك تغمس بسرعة الى ثلاثة قراريط او اربعة او خمسة بل ستة ايضا فاعلا مع ذلك حركة استدارة وينبغى فى الابتداء ان تندى الاعضاء من الباطن بنحو نصف ملعقة صغيرة من ماء فاتر او بارد ليسهل ازالة العلالة المخاطية بعد ذلك فينكشف الغشاء المخاطى فيكوى ويعمل ذلك الكى بكيفيتين اما باللمس او بالسكب قطرة فقطرة فالكيفية الاولى تعمل بان يمر على جميع نقط الغشاء المخاطى الذى يراد مسه باسفنجة مبتلة من محلول ثمان عشرة قمحة من نترات الفضة فى درهم من ماء مقطر ويلزم تكرار الكى اقله ثلاث مرات فى اليوم الاول وثلاثا فى اليوم التالى والكى بالتقطير يعمل بسائل مركب من اربع قمحات فقط من نترات الفضة فى درهم من الماء المقطر فتملأ ريشة اوزة من السائل ويصب منها فى القصبة وقت اخذ النفس ثم بعد ذلك حالا يقطر فيها من الماء وتمسح بالممسحة مرات كثيرة ويلزم تكرار هذه الكيفية مرتين او ثلاثا مدة ثلاثة ايام وتلك الكيفية اقل وثوقا من السابقة التى هى مناسبة عموما فى اغلب الاحوال

فاذا اريد كى القصبة والشعب معا ادخل فى فتحة القصبة انبوبة قطرها يكون دائما اقله مساويا لقطر حنجرة الشخص ثم يمر بخيطين فى العينين اللتين هما فى فتحة الانبوبة وتثبت بذلك تثبيتا متينا فى عنق المريض ويلزم دائما ان تغمس الانبوبة فى القصبة خمسة خطوط او ستة ويوجد فى الكتب الجديدة اشكال مختلفة للانابيب التى يمكن استعمالها بعد الشق القصبى يطول بنا المقام لو ذكرناها

ولنرجع

ولنرجع لعلاج الخناق فى الدور الثالث ففيه وان كان رجاء الشفاء قليلا والانذار ثقيلا لا ينبغى ترك العلاج بالكلية وانما يعالج الطفل بما يعالج به فى الدور الثانى فاذا كانت اعراض الاسفكسيا هى الواصفة لهذا الدور وانضمت مع اعراض الهبوط الضعفى استعملت الاستحمامات الخردلية والكؤولية والمحمرات على سطح الجسم والمقويات والجواهر المرة حقنا او دلكا بنحو صبغة الكينا ونحوها

واما الخناق المزمن فالقواعد الرئيسة لعلاجه هى الحراريق والكاويات الاعتيادية والتقيحات الجرحية التى تتبع سقوط الخشكريشات والطاردات للنفث كالادوية البلسمية والعنصلية والانتيمونية والتدبير الغذائى اللطيف المناسب كاللبن مثلا والاستحمامات زمنا فزمنا واما الافصاد فلا تصير نافعة الا اذا رجع الداء باعراض شديدة اى حصل فى اعراضه شدة قوية

فهذه هى المعالجة القانونية المعقولة للخناق وينبغى ان تراعى ايضا حالة الامراض التى تضاعف الداء وتوجد معه وتنوعاتها الناشئة من بنية المريض فيعالج كل منها بما هو مذكور فى بابه كالالتهاب الرئوى والشعبى والمعدى ونحو ذلك وكذا يراعى تسلطن المزاج فيعامل كل بمقتضى قواعده المعروفة عموما كتقليل الاستفراغات الدموية فى الاطفال اللينفاويين والعصبيين والمبادرة بالمقيئات والحراريق عكس ما يستعمل فى الدمويين الاقوياء

وطعن دوجيس فى ادوية ذكروها لعلاج هذا الداء مؤسسة على مجرد تجربيات كمضادات التشنج وكبريتور البوتاسة والطرطير المقيء والمستحضرات الزيبقية والنوشادرية وصب الماء البارد لكن قال بليار ولا بأس بعد استعمال مضادات الالتهاب ان توضع الحراريق على الساقين والفخذين او تفعل مروخات من الاطلية النوشادرية او المرهم الطرطيرى على الاجزاء السفلى من العنق فقد اتفق انه شفى على يدى طفل عمره خمسة عشر شهرا باستعمال وسائط عم المتهاله وذلك انى بعد ان فصدته فصدا موضعيا جملة مرات ووضعته فى حمامات واسهلته بست قمحات من الكالوميلاس امرت له بشراب الابيكاكوانا فاعقب

المناسبة لحالة الجو ينبغي الانتباه لها ايضا اذا كان الوقت مهددا بحصول الداء ولكن بدون ان يحصل لهم من ثقلها كرب وزعل ولا تكون مانعة من استنشاقهم الهواء الخالص ويحترس من تقلهم الفجائي من الحر الى البرد وان لا يعرضوا لمصادمة الرياح اى لتيار اى هواء كان والمعتادون على السكنى فى درجة حرارة مرتفعة يكونون معرضين ولا بد لا قلت التهابية مخصوصة غير ان من الغلط المغر مازعموه من استحسان حالة تفعل فى الاطفال يتشجعون بها على مقاومة تقلبات الهواء وعدم اعتداله بان يمرنوا على البرد من وقت ولادتهم فكثيرا ماشوهدت اطفال فعل بهم ذلك فاصيبوا بالخناق فى سن السنتين

فاذا كان طفل اصيب سابقا بهذا الداء ونجى منه كان الانتباه فى حقه للاحتراسات التى ذكرناها آكد مما فى غيره لان من المحقق سهولة عود الداء له فقد ذكروا له سبعة اعواد بل تسعة فى شخص واحد ففى مثل تلك الحالة يكون من الحزم ان يتعود فى مدة الشتاء على استعمال ملابس تامة من الفلانيل مباشرة على الجلد وتبدل مدة الصيف بثياب القطن والكتان السميكة فاذا لم يوجد الا اعراض الدور الاول ولم يكن فى هذه الظاهرات العامة صفة قطعية بحصول الداء لم يلزم مقاومتها بعلاج قوى على ان وصف هذه الظاهرات بكونها مقدمة وتصور تبعيتها لهذا الدور يعينان على اهمال العلاج فاذا ساعدت حالة الجو على ظهور هذا الداء وان كان هناك شك فى الاعراض النزلية والحمية كان من الحزم عدم الاهمال اذ يمكن بالهمة والفاعلية المناسبة قطع الداء من اصله حينئذ فالحمية والمشروبات الملطفة المعطاة بكثرة والاستحمامات الفاترة سواء الكاملة او الجزئية اعنى حمامات الاقدام او الايدى والكمادات المرخية على الاطراف السفلى بل وعلى جميع الجسم بواسطة غطاء من الصوف يلف فيه الطفل ويغطى بخرق حارة هى الوسائط اللطيفة الخاصة بتسكين حالة الحمى ويلزم استدامة استعمالها وتجديدها فى الدور الثانى فاذا كانت الحمى شديدة وضع بعض علق على العنق او على الشرج فى الاطفال الصغار وفصد الذراع فيمن عمرهم سبع سنين فاكثر وربما نفع جدا المعرقات المائية والاستحمامات البخارية

اللطيفة الحرارة والمروخات الزيتية

فاذا وصل الداء الى الدور الثانى لزم ماعدا المعالجة النافعة للبنية عموما ان يعالج الداء الموضعى والوسائط التى تتم هاتين الغايتين كثيرة ففصد الذراع او القدم يؤثر كمحلل وكنقص لكمية الدم فبذلك يعين على تخفيف عظيم والفصد الموضعى فى الاطفال الصغار ينتج سريعا نتائج عامة وتكون نتائجه اقوى كلما كان الطفل اصغر سنا ولذلك اذا وضعت علقة على قسم الحنجرة كفت لازالة الخناق من طفل عمره ثمانية ايام وربما وقف بذلك سير الخناق الموجود وقت الولادة بحيث يكون ظهور الداء وزواله فى آن واحد ويكفى اربع علقات على جانبى الحنجرة لطفل عمره سنة تقريبا وكثيرا ما انقاد الالتهاب الحنجرى الحصبى لوضع العلق مرة وفى بعض الاشخاص احتيج لاعادته ثلاث مرات حتى نيل منه حسن حال مستدام وفى بعضهم لم يحصل منه الا تخفيف وقتى ومنهم من لم يتأثر منه اصلا والمحل الذى يلزم وضعه فيه هو بين العضلتين القصيتين الحلميتين وعلى طول حافتهما المقدمة ويصح ان يوضع على القسم الحلمى لتسكين الاعراض المخية التى قد تشاهد احيانا واما عدد العلق فلا تحديد له وانما يختلف باختلاف بنية الاشخاص وقوتهم وسنهم ولا يصح ان يجاوز العدد اربعا قبل سن سنة ولا حد دوج ذلك الا اذا بلغ الطفل ثلاث سنين ونقول بالاختصار الاحسن وضع مقدار قليل منه لا كثير ففى الحالة الاولى يكون ذلك دائما حيلة للرجوع الى الفصد بل يمكن ذلك بعد الوضع حالا بان ينبه سيلان الدم بوضع ضماد او كماد حار على لدغ العلق اما فى الحالة الثانية فيخاف من تأديته للضعف المستدام ومن تعجيله وتثقيله خطر الدور الثالث فاذا كرر الفصد الموضعى لزم زيادة الاحتراس اكثر من الوضع الاول وتقليل كثرة الفقد للدم الذى تحرك للخروج بذلك وفى المساعدات المناسبة الضمادات حول العنق والمشروبات المرخية واللعابية المأمور بها كثيرا لكن بكمية يسيرة فى كل مرة لتندية الحنجرة ومجاوريها مالم يحصل من الازدراد نوب سعال

وقد مدحوا ايضا فى الدور الاول فى الابتداء استعمال المقيئات وهنالك جرعة

تسمى مضادة الخناق منسوبة لشوسيير وليست هي الا مجموع جواهر مقيئة
ولا نشك في انه اذا كان اللسان محملا للمادة اى وسخا وسبق ظهور الالتهاب
الحنجرى علامات اخر للتلبك المعدى يكون المقئ عظيم النفع اما لكونه
يقطع التضاعف المتم اوانه بالاولى يزيل الفساد العام الحافظ للالتهاب متعلقا به
قال دوجيس قد رأيت شامرات كثيرة تقعه نفعا واضحا خصوصا في الحصبات
مع الالتهاب الحنجرى لكن تظن ان من الحزم دائما الابتداء بالقصد ويكون
من غير القانون اذا لم يكن خطرا تكرار التقايى مرة اومرات في اليوم كما قال
ذلك لاهنك قال دوجيس والظاهر ان الايبكا كوانا افضل من الطرطير المقئ
ويكون شرابها اومنقوعها من الادوية اللطيفة الغير المؤذية حتى وان كان هنالك
التهاب معدى قليل الشدة ولا حاجة لان نقول انه يلزم الاقتصاد في كل منهما
اذا دل احمرار اللسان وحساسية القسم المعدى اى تألمه وحرارته ونحو ذلك
على ان المعدة ملتهبة جدا اما ماعدا هذه الحالة فيجوز ان يحصل من تكرار المقئ
تكرارا غير فاحش نوع آخر من المنفعة كما تنفع الملينات اى المسهلات الخفيفة
نفعا قويا فلها في الحالة الالتهابية نتيجة يصح ان تعتبر محولة اومفرغة اى مقللة
لسوائل الجسم بسبب ما تفعله من الاستفراغات فبموجب ذلك نأمر بزيت اللوز
الحلو ممزوجا بشراب الورد الكامل اوزهر الخوخ وبالشكوريا والمن اصابع
ونحو ذلك ويمكن ان تعطى هذه كلها حقنا اذا عسر على الطفل ازدرادها
اوخيف اندفاعها من المعدة

فان اهمل ذلك العلاج اولم يحصل منه ثمرة ووصل الداء الى وقت لا تنفع فيه
الوسائط المذكورة كأن قرب الى زمن الهبوط اى الى الدور الثالث اووجدت
الاعراض الواصفة لهذا الدور لزم تحصيل واسطتين جديدتين احداهما تهيج
الجلد والتهابه ليحصل في الحالة العامة للجسم وفي حالة الحنجرة تغيرات نافعة
وثانيتهما طرد مستنتجات الالتهاب فيزول بذلك التعب الحاصل منها المجتمع
مع التعب المتسبب عن تضايق المزمار

فاما اولا فنكتفي هنا بان نذكر منافع الادوية الجاذبة ومضارها بدون ان نذكر

البيان التعليمي لفعلها وقد جعل كثير من الاطباء استعمال هذه الوسائط مناسبا نافعا بحيث تجاسروا على وضعها فى جميع الاحوال وجميع الادوار ونقول من الواضح ان فعلها فى ابتداء الدور الثانى وفى الثالث انما هو تزايد الحمى والحالة الالتهابية وذلك معروف من الزمن الذى اشتغل فيه بحليفى بالبحث عن الحراريق والافراط فى استعمالها الى وقتنا هذا وهذا الخطر يكون مهلكا اذا وضعت الذراريح قرب المحل الكثير التهيج اوغطى القسم الحنجرى بلزقة منفطة اوا حيط العنق بشريط جاذب اما اذا وضعت بعيدة عن المحل الاصلى للداء فانها قد تكون نافعة وذلك كحمامات القدم الحارة والخردلية واللزق الخردلية والمحاجم الجافة ونحو ذلك ومنفعة هذه المحمرات حينئذ حتى فى سير الدور الثانى هى انها تبعد وتضعف نوب الاختناق وقد شاهد دوچيس مثل هذه النتيجة الجيدة من وضع لزقة خردلية ضيقة فى العرض على شوك الظهر ويلزم ادخار استعمال الحراريق لقرب ظهور الدور الثالث وربما كان وضعها بعيدا بمسافة ما عن الحنجرة اولى من وضعها على نفس هذا القسم كذا قال لاهنك وقال دوچيس لاشك فى ان الداء كثيرا ما اشتد وزادت اعراضه حتى اهلك الطفل فى اقل من ثنتى عشر ساعة بسبب وضع المحمرات كروح النوشادر ونحوه على الجزء المقدم من العنق فتولدت من ذلك شبه حمرة واسعة

وقد ذكروا ادوية من هذا النوع ولكنها شديدة القوة عن ذلك ايضا فمنها الكى بالنار على القسم الحنجرى وتلك واسطة مدخرة للخناق المزمن ومنها غمس المريض فى حمام محلول فيه دقيق الخردل ونقول الم يخش الذين يفعلون ذلك من ان يعقب التخفيف الوقتى الناتج من ذلك تضاعف فى العوارض بسبب التهيج العام الذى هو نتيجة لازمة لعملية شاقة كهذه والتهيج القريب المستقيم الحاصل فى الطرق الهوائية من الابخرة الخارجة من الحمام المذكور فذلك واسطة لاتناسب الا فى الدور الثالث وتكون هى آخر الوسائط كما يقال آخر الطب الكى

واما ثانيا فاندفاع الغشاء الكاذب فى الخناق لا يلزم الاجتهاد فيه الا على سبيل

التبع للعلاج الخاص باتلاف اصل الداء نفسه وبتبوع بجميع العوارض وها هي الطرق المختلفة التي استعملت لتخليص الحنجرة من الجسم الغريب المتكون فيها

الاول منها انه يمكن تنبيه النفث بازدراد بعض ادوية كالمستحضرات العنصلية والانتيمونية واستنشاق الابخرة المائية او الممزوجة بقليل من الخل وتلك واسطة يستدعي استعمالها انتباها وتفطنا عظيما فانها تزيد في عسر التنفس وربما نتج عنها تجديد مع اذا استعمل منها جواهر شديدة التنبيه كالخل الخالص والكلور ونحو ذلك بخلاف القرمز المعدني فانه ينتج من استعمال قمحة منه في اليوم نفث كثير مخلوط باهداب غشائية يحصل منها تخفيف ظاهر ويحرض هذا النفث ايضا بنغمشة الحلق وبوضع جواهر مهيجة مخلوطة بالعسل كالحمض مرياتيك وكبريتور البوتاس اذا وضع على اللهاة والبلعوم ولسان المزمار بواسطة قلم رسم وتلك عملية لا تسلم من الخطر وهو تشنج المزمار فلا يحصل منها الا التعب وانزعاج المريض ويظهر انها غير نافعة

الثاني التقايي الخالي عن الانزعاج والاضطراب المحرض بالمقيئات المستعملة بعقد ارپسير كشراب الايبكاكوانا والطرطير المقيء الممدود جدا بالماء وكبريتور البوتاس بكمية من قمحة الى قمحتين وبصل العنصل مسحوقا ونحو ذلك فان هذه كثيرا ما تحرض خروج السائلات والمواد المخاطية فتجذب معها عند اندفاعها اندفاعا من الاغشية المخاطية الآتية من الطرق الهوائية واما المعطسات التي تنفخ في انف الطفل بواسطة انبوبة فيظهر انها عديمة النفع اذا كان الانزعاج الذي يحصل منها لطيفا وتكون خطرة اذا كان قويا فلا ينال منها على كلا الحالين النتيجة المطلوبة ولا سيما اذا وصل الداء الى الدرز الثالث ومع كل ذلك لا ينبغي اهمالها بالكلية لان تقلها محتمل وانزعاج اعضاء الصدر منها قد يعين على اندفاع تلك الاغشية

الثالث هنالك تخيل قاس لكنه بديع وهو ان يذهب باسفنجة موضوعة في طرف قضيب قابل للانثناء حتى تصل الى الحنجرة كما فعل ذلك دويترن غير ان هذه

الواسطة

الواسطة عسرة العمل وماعدا ذلك يصح ان يكون من عيوب هذه العملية ان الاغشية الكاذبة بدل ان تجذب الى الخارج تغور حتى تدخل فى القصبة الرئوية فتحدث اختناقا قريب الوقوع

الرابع الشق القصبى الذى امر به كثير من الاطباء وهو عملية مهولة بالنظر لنتائجها ولا تكون الا آخر الاعمال وذكر بعضهم انها فعلت فى الخناق كما فعلت فى غيره من وقوف الاجسام الغريبة فى القصبة لكن ربما منع من فعلها عدم وجود صفات محققة يستفاد منها ان التجمدات الغشائية لم تمتد للشعب والا كانت العملية حينئذ غير نافعة والموت محققا ونقول هذا صحيح غير انها حينئذ تطيل حياة المريض زمنا ما كما يدل على ذلك الامور الواقعية التى عملت فيها فقد شوهد من عاش يومين او ثلاثة او اربعة بعدها ونجحت مع متوار ايضا وفعلها بريطونوس ثلاث مرات اولاهن لم تنجح والمرتان الاخريان فعلهما تجاه اعين الطبيب جرسان فى آخر درجة من الخناق وطالت حياة المرضى مدة ساعات وبالجملة فهى لا تخلو عن الخطر فينبغى ان لا تعمل الا فى الدور الاخير من هذا الداء اذا لم ينجع غيرها من الوسائط وكان المريض فى حالة نزع فاذا كان الطفل فى ضعف زائد جاز ان يموت فى مدتها او بعدها حالا ويلزم الامتناع عنها متى كانت الصفات الحقيقية الواصفة للخناق غير زائدة الوضوح او مشكوك فيها او كان الخناق مضاعفا بذبحة غلالية بلعومية شديدة جدا او كان هناك انتفاخ عظيم فى العقد الابطية او كانت متقيحة لان هذا التقيح كاف لاهلاك المريض او كان مضاعفا بالالتهاب الشعبى او البلوراوى او الرئوى لان زيادة دخول الهواء فى القصبة يثقل هذا التضاعف فيكون دائما مهلكا وتكون دلالة العملية جيدة اذا جاوز الطفل زمن التسنين الاول فان العملية حينئذ تصير اقل تعسرا ولا يكون معرضا لشق الغدة الدرقية ولا الغدة المسماة بالتيموس لان القصبة تكون حينئذ اكثر سعة والاطفال الصغار يكونون اكثر تعرضا للتشنجات فى الدرجة الاخيرة من الخناق قال جرسان قد شاهدت هلاك طفلين حالا بمجرد ادخال ملعقة

فى فهمها الاجل خفض اللسان والبحث فى البلعوم فبالضرورة يكون الخوف
من مسكهم لاجل العملية اعظم اذ يعرض ذلك فيهم نفس هذه العوارض لكن
هذه الاسباب ليست كافية لهجر العملية بالكلية فى الاطفال الصغار جدا
لان هناك وجها للنجاح فان الغشاء الكاذب لا يمتد عادة فيهم الا لفوهة المزمار
او للحنجرة بحيث ان حالة العملية فيهم تكون كحالتها فى اوذيما المزمار
ولاجل تأكيد نجاح الشق القصبى يلزم بعد شق ثلاث حلقات او اربع من
القصبة مع الاحتراسات المذكورة فى محلها فى القطع الشعبى ان يغمس
فى القصبة جفت محفوف لتمسك به اهداب الغشاء الكاذب بل من النافع ايضا
ان تكون كثيرة الضيق والطول حتى يتيسر مسكها الى تفرع الشعب ويصح
ان يتم ذلك بصنانير صغيرة محفوفة وقد يتفق ان الاغشية الكاذبة تنفصل من
الحنجرة والقصبة وتسقط فى محل التفرع المذكور وذلك هو ماوقع لجرسان
فى عملية عملها فى مارستان الاطفال مع انه قطع ثلاث حلقات من القصبة
وادخل الجفت مرات كثيرة فلم يتيسر له مسك هدب غشائى ولا قذفه الى الخارج
ولما فتحت جثة الطفل وجد ان الاغشية الكاذبة انفصل جزء منها وسقط على
الزاوية المتكونة من تفرع الشعب ثم اذا لم تنفع الجفوت ولا الصنانير المحفوفة
يصح ايضا ان يدخل من الاعلى من الحنجرة ومن الاسفل من الشعب اسفنجة
مثبتة فى قضيب من القيطس شبيه بما استعمله دوبيترن لفصل الاهداب
الغشائية الملتصقة وهذا الادخال المتكرر فى القصبة الرئوية ليس
عسرا ولا خطرا لان القصبة ليست شديدة الحساسية كشدة حساسية الحنجرة
وخصوصا المزمار فاذا فعل ذلك الادخال بسرعة كان قليل الايلام ولا يوقع
حياة المريض فى خطر قال جرسان اتفق انى حضرت عملية شق قصبى فعلها
ماجندى فكرر ادخال ريشة بزغبها من اعلى شق القصبة واسفله بدون ان يظهر
من حالة المريض تألم وبغير هذه الواسطة لا يمكن فصل الاهداب الغشائية
الملتصقة التصاقا متينا بالغشاء المخاطى انتهى
وذكر بلييار على صورة السؤال مانصه ايليق حينئذ ان يفعل ما اوصى به

بريطونوس

بريطونوس من فتح القصبة ثم المرور بقلم رسم ذرعليه مسحوق الكالوميلاس او الشب لاجل اتلاف وسقوط الغلالة الغشائية ثم قال لم تؤكد لى التجربة قوة هذه الواسطة بحيث اجعلها من الوسائط الرئيسة فلا اقول بجواز فعلها الا اذا لم ينفع غيرها من الوسائط المعقولة فانى لا انسى ابدا ما اتفق انى دعيت مرة لبنت صغيرة فى اليوم الثالث من اصابتها بالخناق فعالجتها بمضادات الالتهاب القوية فلم تفد شيأ ولا زالت البنت آخذة فى الانحطاط وقرب الاجل ساعة فساعة وكان ابوها من الممارسين لصناعة الطب فقهرنى بسبب يأسه على استعمال هذه الواسطة الجديدة التى اوصوا بها من زمن قريب لعلاج الخناق فاخذت قضيبا من القيطس ووصلته بقلم رسم غمسته فى محلول مركز من الشب وادخلته فى الحنجرة والقصبة فعند ذلك حالا حصل للمريضة حركات عنيفة تشنجية بعد ان كانت ساكنة هادئة وماتت بين يدى فى اقل من خمس دقائق فتلك الطفلة وان كان داؤها قبل العملية مستدعيا لهلاكها الا انه انطبع فى ذهنى انى كنت السبب للتعجيل فآليت على نفسى ان لا ادخل دواء فى قصبة متهيجة من طفل ابدا انتهى لكن قال اولفيير عندنا الآن فى المشاهدات الطبية ثمانية عشر مثالا للشفاء من ستين عملية فعل فيها الشق القصبى على مقتضى ما اوصى به بريطونوس فكان ذلك مسوغا للاقدام عليها وسيما اذا وصل الداء لدوره الثالث وكان السعال نادرا ويابسا جدا والصوت معدوما والخرخرة الحنجرية القصبية جافة والتنفس عسرا متواترا مع انقباض شديد فى عضلات العنق وجناحى الانف وارتفاع البطن كما قال ذلك جرسان وعلى رأى الطبيب تروسو يبادر بفعل الشق القصبى ما امكن فيوجب ذلك يفعل من ابتداء الداء متى تحقق وجوده قال لانه ثبت بالتجربة ان لا يفقد الا واحد من العشرة اذا فعلت العملية قبل ان يتكون التجمد الغشائى فى غير الحنجرة اما اذا فعلت فى اطفال غطيت شعبهم قبل ذلك بتلك التجمدات فلا يشفى الا واحد من عشرة وبعد شق القصبة يدخل فى فوهة الشق الآلة التى سماها هذا الطبيب بالموسعة وتشبه الجفت الاعتيادى لعلاج الجروح وهى

منحنية على سطحها ويوجد فى طرفيها مهماز بارز الى الخارج معدلان يتكلب فى شفتى القصبة فتدخل تلك الآلة مطبوقة فى شق هذه القناة فاذا اصارت فيها فتحت بلطف ثم تترك فى القصبة مادام الغشى الذى يتسبب عادة عن العملية موجودا وحتى تدخل الانبوبة التى ينبغى ان لا توضع بعد العملية الا بعد عشر دقائق او عشرين وينبغى تنظيف القصبة والشعب قبل ادخال هذه الانبوبة وكى الغشاء المخاطى المغشى لهما وهذا الجزء من العملية اعنى التنظيف يعمل بآلة صغيرة اخترعها بريطونوس وهى شبه ممسحة كممسحة المدافع تزال بها اولا المواد المخاطية التى تسد القصبة فلاجل ذلك تغمس بسرعة الى ثلاثة قراريط او اربعة او خمسة بل ستة ايضا فاعلا مع ذلك حركة استدارة وينبغى فى الابتداء ان تندى الاعضاء من الباطن بنحو نصف ملعقة صغيرة من ماء فاتر او بارد ليسهل ازالة الغلالة المخاطية بعد ذلك فينكشف الغشاء المخاطى فيكوى ويعمل ذلك الكى بكيفيتين اما باللمس او بالسكب قطرة فقطرة فالكيفية الاولى تعمل بان يمر على جميع نقط الغشاء المخاطى الذى يراد مسه باسفنجة مبتلة من محلول ثمان عشرة قمحة من نترات الفضة فى درهم من ماء مقطر ويلزم تكرار الكى اوله ثلاث مرات فى اليوم الاول وثلاثا فى اليوم التالى والكى بالتقطير يعمل بسائل مركب من اربع قمحات فقط من نترات الفضة فى درهم من الماء المقطر فتملأ ريشة اوزة من السائل ويصب منها فى القصبة وقت اخذ النفس ثم بعد ذلك حالا يقطر فيها من الماء وتمسح بالممسحة مرات كثيرة ويلزم تكرار هذه الكيفية مرتين او ثلاثا مدة ثلاثة ايام وتلك الكيفية اقل وثوقا من السابقة التى هى مناسبة عموما فى اغلب الاحوال

فاذا اريد كى القصبة والشعب معا ادخل فى فتحة القصبة انبوبة قطرها يكون دائما اقله مساويا لقطر مزمار الشخص ثم يمر بخيطين فى العينين اللتين هما فى فتحة الانبوبة وتثبت بذلك تثبيتا متينا فى عنق المريض ويلزم دائما ان تغمس الانبوبة فى القصبة خمسة خطوط او ستة ويوجد فى الكتب الجديدة اشكال مختلفة للانابيب التى يمكن استعمالها بعد الشق القصبى يطول بنا المقام لو ذكرناها

ولنرجع

ولنرجع لعلاج الخناق فى الدور الثالث ففيه وان كان رجاء الشفاء قليلا والانذار ثقيلا لا ينبغى ترك العلاج بالكلية وانما يعالج الطفل بما يعالج به فى الدور الثانى فاذا كانت اعراض الاسفكسيا هى الواصفة لهذا الدور وانضمت مع اعراض الهبوط الضعفى استعملت الاستحمامات الخردلية والكؤوابية والمحمرات على سطح الجسم والمقويات والجواهر المرة حقنا او دلكا بنحو صبغة الكينا ونحوها

واما الخناق المزمن فالقواعد الرئيسة لعلاجه هى الحراريق والكاويات الاعتيادية والتقيحات الجرحية التى تتبع سقوط الخشكريشات والطاردات للنفث كالادوية البلسمية والعنصلية والانتيمونية والتدبير الغذائى اللطيف المناسب كاللبن مثلا والاستحمامات زمنا فزمنا واما الافصاد فلا تصير نافعة الا اذا رجع الداء باعراض شديدة اى حصل فى اعراضه شدة قوية

فهذه هى المعالجة القانونية المعقولة للخناق وينبغى ان تراعى ايضا حالة الامراض التى تضاعف الداء وتوجد معه وتنوعاتها الناشئة من بنية المريض فيعالج كل منها بما هو مذكور فى بابه كالالتهاب الرئوى والشعبى والمعدى ونحو ذلك وكذا يراعى تسلطن المزاج فيعامل كل بمقتضى قواعده المعروفة عموما كتقليل الاستفراغات الدموية فى الاطفال اللينفاويين والعصبيين والمبادرة بالمقيئات والحراريق عكس ما يستعمل فى الدمويين الاقوياء

وطعن دوجيس فى ادوية ذكروها لعلاج هذا الداء مؤسسة على مجرد تجربيات كمضادات التشنج وكبريتور البوتاسة والطرطير المقيء والمستحضرات الزيبقية والنوشادرية وصب الماء البارد لكن قال بليار ولا بأس بعد استعمال مضادات الالتهاب ان توضع الحراريق على الساقين والفخذين او تفعل مروخات من الاطلية النوشادرية او المرهم الطرطيرى على الاجزاء السفلى من العنق فقد اتفق انه شفى على يدى طفل عمره خمسة عشر شهرا باستعمال وسائط عالجته بها وذلك انى بعد ان فصدته فصدا موضعيا جملة مرات ووضعته فى حمامات واسهلته بست قمحات من الكالوميلاس امرت له بشراب الايبكاكوانا فاعقب

ذلك سريعا نفثا كثيرا وقيأ وجدت فيه اهدابا غشائية وبعد ثلاثة ايام
متتابعة بهذا العلاج زالت من الطفل اعراض الخناق غيران صياحه بقى
دائما مخفيا وعندى امثلة اخرى تثبت منفعة الكلوميلاس المأموربه بكمية
متكررة من ابتداء الداء ومن ذلك اجزم بان هذا الدواء يسبب زيادة اوتنوعا
فى افراز الاغشية المخاطية فتتعرى بذلك من الغلالة المتكونة على سطحها
غيران هنا امرا انبهك عليه وننبى عليه منفعة هذا الدواء وهو ان الاطفال
الصغار الذين لا ينفثون اى لا يخرجون النفث بل يزدردون جميع ماوصل
لفمهم الحلقى يكون تأثير الزيبق الحلو فيهم هوانه كما يفصل الغلالة منهم بحرض
اندفاعها مع الثفل ايضا وقد تخرج من تأثيرهذا الدواء على هيئة انبوبة مع المواد
الثفلية واحيانا لا توجد منها الابقايا ناتجة من تقطيع هذا الدواء لها اومن طحنها
عند مرورها فى القناة الهضمية ثم قال وما استعملت الكلوميلاس الابكمية
من ثمان عشرة قمحة الى عشرين فى الاربع والعشرين ساعة ورأيت ان ذلك
يكفى لانالة النتيجة المطلوبة وآمر مع ذلك ايضا بحقنة مسهلة لان من الثابت
ان المريض اذا كان معه امساك مدة استعماله العلاج الزيبقى خيف عليه من
حصول التلعب وغيره من عوارض الزيبق والعادة ان هذا الملح يحرض برازا
اخضر سائلا كثيرا جدا ويحصل منه قليل قولنج ولا يزيد فى شدة الاعراض
العامة التى تصاحب الخناق والطبيب جرسان كثيرا مامزجه بالعسل غيرانى
رأيت ان قوام العسل يصير الازدراد احيانا بطيأ خصوصا فى الاطفال
المنسد بلعومهم وحنجرتهم بمادة مخاطية كثيرة وبنسب لمكث هذا الجسم اللين
فى محاذاة الطرق الهوائية صيرورة التنفس اكثر اختناقية وها هو التركيب
الذى امربه فيؤخذ من صمغ الكثيرا عشر قمحات ومن الماء المقطر اوقيتان
ومن الكلورور الاول اعنى الكلوميلاس عشر قمحات ومن كل من شراب
الشكوريا وشراب الابيكا كوانا نصف اوقية ومن ماء زهر البرتقان درهم وكلما
اريد استعمال هذا المخلوط يخض ويحرك ويعطى منه ملعقة صغيرة فى كل نصف
ساعة ومع ذلك لا التجأ لهذا الدواء الا بمعونة الوسائط المضادة للالتهاب

كوضع العلق فى محاذاة الحنجرة والقصبة بمقدار مناسب لسن المريض وكالوضعيات المرخية والمشروبات وبالاختصار اظن انه لا بأس ان يستنتج اولا انه لا خطر فى استعمال بروتوكلورور الزيبق بكمية من ثمان عشرة قمحة الى عشرين فى اربع وعشرين ساعة للاطفال المصابين بالخناق وثانيا ان هذا الدواء يساعد بقوة على نتائج الاستفراغات الدموية مع ان هذه الاستفراغات يقاوم بها الالتهاب والملح الزيبق يطرد الناتج منها الى خارج البدن وثالثا انه لو فرض فى استعمال هذا الدواء خطر ما لزم ان يكون الوقوع فى خطره احسن من ترك الطفل لخطر اعظم من ذلك وهو تعريضه لخطر الداء المهول المصاب به ففى جميع الاحوال استعمال هذا الكلورور الاول المصنوع بالبخار المائى اقل خطرا من ترك المريض

قال لولفيير وبعد ان الف بليار كتابه الذى ذكر فيه ذلك اتفق له انه شاهد مرات كثيرة نجاح تأثير الكلوميلاس فى معالجة الخناق والذبحة الغلالية حتى انه الف رسالة فى خصوص ذلك والطبيب جرسان اشار ايضا بمثل ذلك تقريبا وظن انه يلزم ان يعطى بكمية مغيرة اى تسبب تغيرا فى البنية غير محسوس بدون ان تحرض استفراغا لا ان يراد منه كونه محرضا النتيجة مسهلة فانه اذا اسهل شديدا اضعف المريض وذلك ينبغى الاحتراس منه فلاجل التحرز من هذا الخطر اشار بان لا يؤمر بالكلوميلاس الا بكمية صغيرة جدا كسوويه كربع قمحة او نصفها فى كل نصف ساعة او فى كل ساعة ويخلط مع عجينة الخطمية او الصمغ المسحوق او السكر او المربات فاذا لم يحصل من هذه المقادير الصغيرة نتيجة اسهال خفيف زيد فى مقداره ولكن بمثل تلك الكيفية ثم قال جرسان فالمستحضرات الزيبقية وسائط علاجية لا ينبغى اهمالها فى الخناق المحقق اذا لو دعى الطبيب للمريض من ابتداء الداء وكانت الاعراض غير مشتدة والمريض غير زائد الضعف وشاهد شفاء الخناق ثلاث مرات من تأثير الدلك الزيبقى وفى حالة من تلك الاحوال انقطعت العوارض لوقتها من ابتداء التلعب وينبغى مع استعمال التمريخ على جانبى العنق وفى الابطين

والاجزاء الانسية للذراعين وحافة الاسناخ ان يستعمل مع ذلك الكلوميلاس من الباطن انتهى

المبحث الرابع
فى الذبحة الاوذيماوية

كثيرا ما يوجد فى فتح جثث الاطفال الذين كان معهم حال الحياة اعراض الذبحة انتفاخ اوذيماوى يختلف عظمه بدون ان يوجد فيهم فى محل ذلك الانتفاخ التهاب واضح والصفات والعلامات الخارجة لهذه الآفة ليست جيدة المعرفة وانما يوجد كما فى الذبحة الالتهابية تغير فى الصياح عميق واما العلامات الاخر فتكون اعسر معرفة كلما كان عروض الاوذيما الاطفال اكثر خفاء وقربا للموت وبموجب ذلك لا يوجد فى وظائفهم نمو واضح حتى تكون التكدرات التى تعرض لهم ظاهرة للمشاهد وينبغى ان ننبه على ان كثيرا من الاطفال المصابين باوذيما المزمار يوجد معهم ايضا اوذيما فى المنسوج الخلوى المنسوب لاجزاء مختلفة من الجسم وصياحهم الذى هو غير منتظم ومخنى غالبا وغير تام يكون نخعيا كيعار المعز ولذلك سمى بليار هذا النوع فى الصياح بالصياح المعزى قال وقد شاهدت هذه الظاهرة المخصوصة فى ثلاثة اطفال مصابين باوذيما المزمار وها هو مثال من ذلك

وهو ان طفلا عمره يومان وكان قوى البنية غير ان جلده كالح اللون كما ان ساقيه وقدميه اوذيماوية دخل المارستان فى الثالث عشر من اكتوبر وصياحه شاق متعب اختناقى كانه نخعى يشبه الصوت الآتى من مرور قوس الرباب على اوتارها مرورا رديئا وكانت اطرافه باردة ونبضه بطيأ صغيرا خفيا وفى الرابع عشر ظهر فى جسمه يرقان عام مع الاعراض السابقة بعينها (علاجه الماء السكرى واللبن الممزوج) والتزم الطبيب بارون بسبب ما معه من التعسر الزائد فى التنفس وحالة الاحتقان العام ان يضع له علقة تحت كل ابط فنقص بذلك احتقان الجلد الا ان الوجه بقى وحده شديد الاحمرار بنفسجيا وكانت حالة الصياح كالسابقة وفى السادس عشر ظهر دفعة على خده الايمن كدم

بنفسجى

بنفسجى امتد الى الشفة العليا حتى صارت مجلسا لانتفاخ اوذيماوى عظيم واستمر صياحه بالكلية وصارت ضربات نبضه بطيئة خفية بحيث لا يمكن عدها وخرج من فمه وانفه مواد مخاطية رغوية ثخينة دموية ثم مات فى المساء وفى فتح جثته وجد الفم سليما واما المزمار فكان فيه انتفاخ عظيم اوذيماوى ووجدت الجدران الجانبية للحنجرة مبيضة منتفخة بحيث تلامس بعضها ولما وخزت بسن المشرط لم يخرج منها ماء وكأن المادة المصلية تجلدت فى المنسوج الخلوى الذى تحت الغشاء المخاطى ووجد احتقان واضح فى الحافة الخلفية للجلد ونه وبقية اعضاء الجسم ليس فيها ماهو عظيم الاهتمام وانما كانت الكبد شديدة الاحتقان بالدم والصفراء كثيرة مسودة فهنا وجد توافق يحتاج للتنبيه عليه بين اوذيما الاطراف وسطح المزمار ووجدت ايضا نسبة بين حالة الدورة والرشح المصلى الذى ذكرناه فمن مراعاة تلك الظاهرات المختلفة مع التغير المخصوص للصياح فى طفل اجزاؤه الخارجة اوذيماوية يمكن ان يستنتج وجود هذه الذبحة قال بليار قد شاهدت الذبحة الاوذيماوية فى اطفال متقدمين فى السن وبعد ان وصلوا الحالة هبوط زائد حصل لهم فى الازمنة الاخيرة من حياتهم ترشح مصلى فكان معهم مع ذلك اوذيما فى اجزاء مختلفة من جسمهم فنهم من كان صياحه مستورا ضعيفا غير تام ولكن لا يوجد اصلا فى النغمة التنوع المخصوص الذى شاهدناه فى الطفل الذى هو موضوع المشاهدة السابقة فيظهر ان الصياح المعزى يكون لندر ولعسر مشاهدة كلما تقدمت الاطفال فى السن

وعلاج هذه الآفة لا يوجه نحو مجلس الداء نفسه فقد شاهدنا ان الذبحة الاوذيماوية للطفل الذى فى المشاهدة السابقة كانت مصحوبة باحتقان رئوى وضعف زائد فى الدورة فاذن يلزم ان يجتهد فى مقاومة كل منهما بالوسائط المناسبة له وسنذكرها فيما يأتى فاذا زال السبب انقطعت النتيجة ومن العسر جدا علاج اوذيما الحنجرة العارضة للاطفال المهزولين المنهوكين بآفات مزمنة لان سببها الواضح حينئذ ليس دائما هو تعطل الدورة او وقوف الدم فى باطن

اعضائها او اعضاء التنفس فيلزم فى هذه الحالة تحريض تحلل الاوذيما بالدلك الجاف او العطرى الذى تعان تمايجه بالتدبير الصحى والغذائى المناسب لحالة الطفل قال بليار ولا اشير بادخال ابخرة عطرية فى الطرق الهوائية لان ضيق الحنجرة والقصبة والاستعداد العظيم فى الاطفال الصغار لتشنجات هذه الاعضاء يعارضان بالطبيعة استعمال هذه الوسائط التى لا تنتج حتى فى البالغين الانتائج غير يقينية وقليلة الوضوح

ولا حاجة لنا الان نذكر شرحا مخصوصا لامراض القصبة فان شرح اعراضها موجود فى شرح امراض الحنجرة او الشعب على انه يعسر فى الاطفال الصغار ان يشخص الجلس الحقيقى لامراض الحنجرة او القصبة واما فى الاطفال الكبار فلا تختلف عن ما فى البالغين

المبحث الخامس

فى ضخامة الغدة الدرقية فى المولودين

من المعلوم ان هذا الجسم اعنى الغدة الدرقية من توابع الحنجرة والقصبة وان وظيفته مجهولة وقد اثبت بليار فى بعض كتبه انه يندر ان يحصل فيه شئ من التغيرات الخلقية قال اولفينز قد رأيت هذا الجسم قد زاد حجمه الاعتيادى ست مرات فى جنين ولد فى السابع ومات عند ولادته فكان له امام العنق هيئة ذقن ثان مستدير موضوع على قمة الصدر فليست تلك الضخامة الخلقية شديدة الندرة واعظم مثال لذلك ماشاهده جوليوس فى طفل مولود فكان ذلك الجسم كورم ممتد من الاذن الى الخد الايمن حتى وصل لحافة الاضلاع وكان ذلك الورم معلقا امام الصدر وكأنه فتق شعبى خلقى حقيقى لانه يتصل فى العمق بالقصبة الرئوية وكان حجمه يزيد من كل جهة حينما يصيح الطفل وفى حالة الشهيق اى اخذ النفس ويهبط راجعا على نفسه عند الزفير اى رد النفس وحينما يكون الطفل ساكنا هادئا ولم يتكلم جوليوس على علاج هذا الورم وظن بعض الاطباء ان المناسب فى مثل تلك الحالة ان يوضع على سطحه اوضاع روحية قابضة حتى يرجع منسوج الورم على نفسه ويمنع

تمدده وانبساطه فاذا لم يتناقص بذلك نموه لزم فعل شقوق عميقة فيه ليمر منها الهواء باطلاق وتنكشف الفوهة الغير الطبيعية للقصبة وذكر جوليوس حالة اخرى لذلك الفتق الشعبي الخلقي وكان الورم كبير الحجم مكونا معظمه من تمدد العنق الذي كان منتفخا جدا وربما اضطر لاستئصال تلك الاورام اذا ازداد حجمها وعظمها فيما بعد واتصال باطن النوع الاول من الورم بالقصبة الرئوية وبما استند على رأى بعض الاطباء الذين قالوا انهم شاهدوا اقنية او قنوات جاعلة اتصالا بين الجسم الدرقي والحنجرة او القصبة وشوهد احيانا هذا الجسم منقسما الى نصفين منفصلين عن بعضهما وتلك الحالة توجد في الحالة الاعتيادية في الغالب ذوات الثدى

القسم الثالث

في امراض الجزء الصدرى من الجهاز التنفسي

يشتمل هذا القسم على امراض الرئة والشعب والبلورا ففى هذا القسم فصول

الفصل الاول

في نمو هذه الاعضاء

لا يليق ان نترك الكلام هنا على نمو التجويف الصدرى لان له مشاركة قوية في وظائف التنفس بسبب حركاته المتمتع بها فان اتساعه وتضايقه المتعاقبين يعينان اعانة قوية على اتساع الرئتين وعيوب تكوينه لها تأثير على فعل التنفس فلنذكر نمو الصدر والرئتين معا في آن واحد ففى الازمنة الاول من وجود الشخص لا يكون الصدر الا تجويفا ضيقا جدا وجدرانه في الابتداء زائدة الرقة بحيث لا تكون الا غلالة قابلة للانثناء ويرتسم في مركزها انصاف دوائر مبيضة تكون فيما بعد هى الاضلاع وكلما تقدم الجنين في السن ونمت الرئتان يزيد الصدر في الاتساع فيعظم تجويفه ولا سيما من الاسفل لان البطن في الابتداء يتكون منه وحده معظم حجم بدن الجنين ويرتسم على الجدارين الجانبيين من الاعلى لهذا الصدر نتوآن صغيران مستديران فيهما بعض بروز هما اصل الذراعين والجزآن الجانبيان لا يذهب احدهما نحو الآخر بل

يبقيان متباعدين ليتمان التجويف الصدرى الذى يكون فى الابتداء مفتوحا ثم ينسد ويبقى دائما على هذا الانسداد ما لم يحصل فيه عيب من عيوب التكون وفى وقت الولادة يكتسب الصدر اقطارا عظيمة ومع ذلك يبقى بالنسبة للبطن اقل سعة من نسبته له فى زمن متقدم عن ذلك وسيما فى البالغين ثم فى مدة اكتساب التجويف الصدرى فى الاتساع والارتفاع الابعاد التى يصل بها شيأ فشيأ الى الحالة التى يلزم ان يكون عليها عند الولادة تجتاز الرئتان ايضا الدرجات المختلفة لنموهما وانما ابتداء ظهورهما يكون نحو الاسبوع السادس ويكونان انخفض من القلب ويقال عموما انهما اقل حجما منه قال بليار قد تيسر لى مشاهدتهما فى جنين عمره تقريبا ستة اسابيع شرحته بتشديد الراء مع بعض الاطباء فكان شكل القلب منه ككرة صغيرة مستديرة فى حجم حبة دخن والرئتان يدل ان تكونا صغيرتين جدا كما قالوا كانتا متعلقتين بجانبيهما على شكل حوصلتين شفافتين مسترخيتين اكبر حجما من القلب ومجوفتين من الباطن وتيسر تأكيد ذلك فيهما بالنظارة المعظمة وتلك الاعضاء الصغيرة الملززة مع بعضها الزاضيقا مستندة على غشاء رقيق جدا يفصل الصدر عن البطن وهو الحجاب الحاجز والرئتين فى الابتداء سطح املس مبيض لكن كلما تقدم الجنين فى السن ظهر بعض تقاوير تدل على انفصال الفصوص عن بعضها ثم ترتسم على السطح الظاهر للرئتين خطوط تدل على تقسيم الفصيصات فتكونان حينئذ متينتين مصمتتين وتأخذ فى النمو لورد تهما وشرايينهما وفروعهما الشعبية ويزيد حجمهما مع زيادة اتساع التجويف الصدرى ويصير لونهما ورديا وفى زمن الولادة يوجد فيهما الصفات التشريحية التى يلزم ان نذكر فيها هنا بعض كلمات قليلة

وذلك ان الرئتين من الشهر السادس الى التاسع يكون شكلهما كالشكل الذى يكون لهما فيما بعد غير ان لونهما يختلف حينئذ باختلاف الاطفال فيكونان منتقعتى اللون انتقاعا يختلف قلة وكثرة اوملونتين تلونا كذلك على حسب حالة امتلاء الشخص اوقلة دمويته وفى بعض الاحوال يوجد على سطحهما نكت

حمر على شكل الحزاز ويقرب للعقل ان هذه هى النكت التى تشاهد على سطح الرئتين فى البالغين ضاربة للزرقة وفى احوال اخر يكون لون الرئتين مبيضا اووردياً كالحا فيشبه لون رئة العجل او الثور قال بليار قد شاهدت مرتين فى رئتى البالغين هذا الانتقاع مع زوال المادة الملونة من سطحهما وهل ذلك كان فيهم نتيجة تغير فى اللون الاصلى الخلقى للمنسوج الرئوى اظن ان الامر كذلك

والرئتان مدة الحياة داخل الرحم تملآن التجويف الصدرى كله وتضغطان بجدرانه بحيث ينطبع فيهما احيانا اثر الاضلاع التى تكون دائما فى الطفل ابرز فى الباطن منها فى الكبار البالغين فلا تنس ذلك الانطباع الذى قد يظن انه نتيجة او علامة لحالة مرضية قال بليار وقد رأيت هذه الهيئة نفسها فى بعض البالغين ويمكن انها تكونت مدة الحياة داخل الرحم وبقيت الى ذلك السن المتقدم واذا كان الامر كذلك فلا ينبغى ان تعتبر فى البالغين كما فى الاطفال ايضا نتيجة ورم عارضى فى العضو واذا كان بروز الاضلاع فى البالغين ليس كافى الوضوح بحيث تتضح منه تلك الانخفاضات فى الحافة الخلفية للرئتين يكون توضيح هذه الظاهرة اقل تعسرا اذا اخترنا ان ذلك حصل فى زمن من الحياة كانت الاضلاع فيه ابرز وبقيت تلك الهيئة محفوظة دائما مع التقدم فى السن وقد سمعت ان لاهنك تشكك تشككا عظيما فى امكان حصول تلك الانخفاضات الرئوية المحاذية للاضلاع قال لان هذه الاضلاع ليست زائدة البروز حتى تحصل منها تلك الهيئة انتهى غيران التوضيح الذى ذكره بليار يزيل تلك التشككات

واذا فتح صدر طفل لم يتنفس وجد فيه مشابهة تقرب للتمام بين الغدة المسماة تيموس والرئتين فيظهر ان هذه الغدة رئة ثالثة مع انه لم يدخل فيها فرع من الفروع الشعبية وانما نبهنا على هذه المشابهة لان هذه الغدة بعد الولادة تبقى حافظة لهذه الهيئة فيصح ان تخدم مبدأ مقابلة واهتداء للبحث الذى يراد فعله فى منسوج الرئتين المتنوع اوالغير المتنوع بالتنفس انتهى بليار قال اولفيير

ولنزد هنا بعض تنبيهات فى تلك الغدة التى هى عضو وقتى كثيرا ما يهمل البحث فيه وذلك انا نستنتج من هذه الكلمات القليلة التى ذكرها بليار فى هذه الغدة انه لم يشاهد فيها شيأ مخصوصا لا فى حالة السلامة ولا فى حالة المرض لندرة تغيراتها ولكن قبل ان نذكر بالاختصار التغيرات التى ذكرها المؤلفون نذكر بعض تنبيهات ذكرها اوجستيد فى حالتها الطبيعية ونموها فنقول لا يميز آثار منها قبل الاسبوع التاسع او العاشر وفى الشهر الثالث تكون قائمة من حبتين موضوعتين على جانبى القصبة وذلك هو الزمن الذى تكون فيه اصغر بالنسبة لغيرها من اعضاء الصدر وفى الشهر الرابع يعظم حجمها وتكون موضوعة على قاعدة القلب وتمتد الى اعلى القسم الترقوى ويقوم تركيبها حينئذ من فصين يشاهدان جيدا ويسهل ان يشاهد بالعين تركيبها الحبوبى ثم يأخذ حجمها فى الزيادة تدريجا الى تمام الحمل غير ان منسوجها الذى صار مع ذلك اكثر خلوية ينقص ثقلها الخاص كلما تكونت خلاياها بحيث اذا قوبل هذا الثقل بثقل الماء وجد انه فى الشهر الثامن ١٠٠٩٩ وفى الشهر التاسع لا يكون الا ١٠٠٧١ واما مقدار وزنها حينئذ فيختلف كثيرا فالطبيب اوجستيد شاهد انه يكاد ان لا يبلغ درهما فى المولودين الصغار النحاف ويزيد عن نصف اوقية فى الاطفال الكبار البنية الجيدى التغذية وقابل جملة من تيموس الاطفال الذين ماتوا فى الولادة فلم يجد منها اثنتين متساويتين فى الحجم وان كان اغلبها من درهمين الى ثلاثة وخالف اوجستيد رأى معظم المشرحين فقال ان التيموس لا تفقد شيأ من حجمها فى السن الاول اى سن الطفولية وانما تزيد مع زيادة الاجزاء الاخر من الجسم اقله الى سنة او سنتين ولم يذكر اولفيير هنا المشاهدات الاخر لاوجستيد فى حالة التيموس بعد السنه الثانية واعتذر بانه اقتفى اثر بليار الذى جعل بحثه فى امراض الاطفال مقصورا على هذا الدور من السن الاول وسيأتى لشاعنه ذكر تغيرات هذا العضو المأخوذة من المشاهدات فى آخر فصل امراض الرئتين والشعب والقلب

ومنسوج الرئة التى لم ينفذ فيها الهواء يكون هابطا على نفسه مسترخيا محمرا

كمنسوج الطحال لانه وان كانت القناة الشريانية موجودة حينئذ وتسمح للدم بان يمر مباشرة فى الاورطى الا انه ينفذ مقدار منه ولابد فى الرئتين اما بواسطة الفيضان الميخانكى او انه يسرى فيهما لتغذيتهما بحيث تكون الشرايين والاوردة الرئوية فى الغالب مملوءة بالدم فى مسافة عظيمة من منسوج الرئتين وتكون الشعب احيانا ملونة برشح دموى خفيف مع ان لونها فى العادة وردى منتقع

ومنسوج الرئتين بعد الولادة ونفوذ الهواء الذى يستنشقه الطفل فيه ما يصير اخف مما كان مقرقعا ولكن يوجد فيه دم اكثر مما يوجد فى رئة الكبار البالغين ولا يختلف عنه فى غير ذلك ولننبه على ظاهرة عظيمة الاهتمام وهى انه يوجد فى معظم الاطفال الصغار احتقان دموى واضح فى الحافة الخلفية للرئتين وسيما الرئة اليمنى وقد ذكر ذلك شوسيير من زمن طويل لكن من الواضح ان هذا الاحتقان ظاهرة ميخانكية رمية قال بليار ويغلب على الظن ان كثرة ذلك فى الرئة اليمنى ناشئة من كون النساء الراهبات المقيدات لمراعاة الاطفال فى بيت اللقطاء يحاذرن على ان يضجعنهم عند النوم على جانبهم الايمن لامور وهمية عامية عندهن ثم مع وجود هذا الاحتقان فى منسوج الرئتين لا تكون الشعب دائما حمراء بل قد تتميز ببياضها تميزا اكيدا عن المنسوج الخاص الرئوى الذى يكون احمر

الفصل الثانى
فى عيوب تكون هذه الاعضاء

قد تعدم الرئتان او احداهما كالقصبة الرئوية ايضا او احدى الشعبتين كلا او بعضا فى عديم المخ وشوهد انسداد القصبة مع عدم وجود الجمجمة وقد يشاهد صغر زائد فى الرئتين او احداهما او ضيق فى تجويف الصدر او دخول الاحشاء البطنية فى ذلك التجويف بسبب عيوب تكون فى الحجاب الحاجز وقد يشاهد فى الرئتين اللتين احداهما ذات فصين والاخرى ذات ثلاثة فصوص منفصلة عن بعضها بشقوق عميقة انهما صارتا كتلة واحدة بدون انفصال او بشقوق

عكس الشقوق التى توجد فى الحالة الاعتيادية اومع زيادة اونقص فى عددها وكثيرا مايشاهد تحوّل الرئة اليمنى فى محل اليسرى وبالعكس مع انقلاب القلب وقد لاتكون الرئتان محويتين فى الصدر واذابقيت جدران هذا التجويف غيرتامة بسبب عيب اصلى فى تكونها وذكر هالبر ان هذا العيب فى الجدران الصدرية اندر منه فى جدران البطن

وعيوب التجويف الصدرى دون غيره من تلك العيوب هى التى تمنع انبساط الرئتين فى حالة التنفس فتسبب فى المولودين عوارض ثقيلة اذ لايخفى التعب العظيم الذى يحصل فى التمدد الخالص للرئتين والاعراض التى تحصل عنه اذا كان هناك فتق حجابى حاجزى خلقى بسببه دخلت المعدة والترب والامعاء فى الصدر لكن ليس بلازم ان يتسبب من مثل هذا العيب العظيم الذى فى تجويف الصدر تكدر واضح فى وظائف الجهاز التنفسى وقد يحصل من مجرد تغير الشكل اعراض ربما ظن كونها نتيجة آفة فى الشعب اوالبلورا اوالرئتين وقد تكون تلك الاعراض قليلة الوضوح فى زمن الولادة ولكن كلما تقدم الطفل فى السن ونمت وظائف التنفس فيه واستدعت عظم اتساع فى جدران الصدر عارض ضيق تلك الجدران وانخفاضها تمدد الرئتين وتسبب عن ذلك عوارض ربما نسبت لآفة فى الرئتين اوالشعب اذا لم يثبت فتح الرمة سلامة تلك الاعضاء

وها هى مشاهدة فيها عيب تكون فى الصدر وعسر فى التنفس وهى ان طفلا عمره عشرة اشهر دخل المارستان فى الرابع عشر من اووت وكان منتقع اللون هزيلا وفى صدره من على الجانب انخفاض عظيم وكانت اطرافه اى يداه ورجلاه طويلة ومفاصله غليظة جدا وفيه ابتداء حدبة فى القسم الظهرى من السلسلة الفقرية وبطنه فى العادة كبيرالحجم ومن مدة ثلاثة اشهر اصيب ذلك الطفل بسعال مستدام وعسر تنفس يزيد اذانام على ظهره اوتحرك عند الرياضة وكثيرا ماكان ينقطع نومه باختناق فجائى يزول حالا متى رفع هو صدره اورفعه غيره وكانت حرارة الجلد مرتفعة جدا محرقة والنبض صغيرا

خيطيا

خيطيا متواترا ولا يسمع من القرع الاصوت مكتوم (علاجه ماء الخطمية المصمغ ولعوق ولبن ممزوج) وفى السادس عشر لم تتغير حالته العامة وانما كان هناك صياح شاق قصير وفى السابع عشر اضطراب ولون بنفسجى فى الوجه وصياح انينى وسحنة تعلن بالتألم ونبض شديد السرعة وحرارة محرقة حمية (علاجه اربع علقات على قاعدة الصدر وحمام خردلى فى القدمين والخطمية المصمغة والحمية) وفى الايام التالية كانت حالته كما ذكر تقريبا ولم يظهر له خفة من وضع العلق وانما زاد انتقاعه وقل اضطرابه ودام عسر تنفسه ثم مات فى الثالث والعشرين من اووت ولما فتحت جثته وجد المرىء سليما والغشاء المخاطى للمعدة متلونا بلون مسمر ومتكرشا ووجدت مخاطية كثيرة فى المعا الدقيق الذى وجد غشاؤه الباطن سميكا رخوا عديم اللون ووجدت ضفائر جرابية منتفخة فيها بعض احمرار فى الثلث السفلى للفائفى واندفاع جرابى فى قولون واما الرئتان والشعب فجيدة السلامة الا انها منضغطة انضغاطا شديدا بجدران الصدر الذى قطره المستعرض صغير جدا والفوهات الجنبنية منسدة والجوهر المخى سليم وان كان هناك مقدار عظيم من مصل فى البطينات الجانبية

فاذن يكون عسر التنفس والسعال المصاحب له فى هذا الطفل نتيجة قلة نمو التجويف الصدرى لانه لم يوجد معه نزلة شعبية ولا التهاب رئوى مع ان هذا الداء كان مظنونا معه وعولج بعلاجه وقد الف دبويترن رسالة عظيمة الاهتمام فى هذا الموضوع وذكر فيها انه كثيرا ما شاهد فى هؤلاء الاطفال انتفاخا فى اللوزتين بحيث اضطر لقطعهما قال اولفيير رأيت فى طفل ولد فى سبعة اشهر ونصف انخفاضا فى الطرف السفلى من القص بدون تغير فى شكل الاضلاع وكان تنفسه من وقت ولادته عسرا وصياحه مستداما فهل كان ذلك ناشئا من التعب الذى كان يكابده عند التنفس بسبب التغير المعيب فى الشكل او هو نتيجة ضعف خلقى فى الطفل قال وليس عندى امر يقينى فى ذلك غير انه بعد ثلاثة ايام حسنت حالته العامة وقلت سرعة تنفسه مع وجود الانبعاج

القصى وهو الآن سليم النمو قوى البنية انتهى

الفصل الثالث

فى امراض البلورا والرئتين والشعب قبل الولادة

يصح ان تقسم امراض البلورا والرئتين والشعب الى مايعرض مدة الحياة داخل الرحم والى مايعرض بعد الولادة حالا فليكن هذا الفصل مشتملا على مباحث

المبحث الاول

فى الالتهاب الخلقى فى البلورا والرئة

يجوز ان يصاب الجنين قبل ولادته بالتهاب البلورا والرئتين وقد ذكر جملة من المولدين وسيما مورسوس امثلة من ذلك واكد ذلك بليار بمشاهدات شاهدها ايضا فقال قد وجدت فى ثلاثة اطفال ماتوا فى اليوم الاول من ولادتهم تغيرا فى احدى الرئتين متقدما بحيث يظن انه ابتدأ فيهم وهم فى بطون امهاتهم وكانت الرئة اليسرى خصوصا فى اثنين منهم شديدة التكبد فى قاعدتها فاذا لم يكن تغير المنسوج حاصلا فى مدة الحياة داخل الرحم كان قريبا للعقل انه حصل مدة الولادة او بعدها حالا وبالجملة هو من عوائق حصول التنفس وبموجب ذلك سبب موت هؤلاء الاطفال وها هى مشاهدة عظيمة الاهتمام ذكرها بليار فيها التهاب رئوى خلقى وهى ان طفلا ولد فى مساء السابع والعشرين من جنفيير ووضع عند الصباح فى بيت اللقطاء فنقل حالا الى بيت المرضى بسبب مافيه من الضعف الزائد فكان صغير البنية ممتقع اللون نحيفا وتخاطيط وجهه منجذبة الى الخلف واحيانا يصير وجهه بنفسجيا وكان تنفسه عسرا وضربات قلبه خفية ويظهر فى معظم صدره بالقرع صوت اصم فمكث ثلاثة ايام فى الحالة المذكورة ولم يظهر فيه اعراض غير ذلك ومات فى الثلاثين من جنفيير وعند فتحه وجد الجهاز الهضمى سليما والمعا الغليظ لم يزل مملوأ بالعقى والرئة اليسرى مقرقعة ومحتقنة قليلا بالدم واليمنى متكبدة فى معظم سعتها ووجد فى محل من قاعدتها غلظ فى حجم جوزة كبيرة تحول فيها منسوج

الرئة

الرئة الى لب محمر فى قوام الامراق ووجد الغشاء الباطن لشعبها سميكا احمر ويحتوى على مادة مخاطية سميكة صديدية شديدة الالتصاق ومخلوطة بخيوط دموية ووجد القلب محتقنا بالدم والقناة الشريانية مطلوقة وابتدأ ثقب بوتال فى الانسداد واما الجمجمة فلم تفتح

فمن الواضح ان هذا الفساد المتقدم فى الرئة كان نتيجة التهاب رئوى موجود فى الطفل عند الولادة وكان هزاله وضعفه الزائد وعسر تنفسه نتيجة هذا الالتهاب الرئوى الخلقى الذى لم تزل تقدماته وسيره آخذة فى الزيادة حتى عطلت وقطعت الظاهرات الاول للحياة وقد يحصل للطفل فى مدة اقامته فى الرحم مجرد احتقان رئوى ويحصل منه له اذا ولد عوارض تكون اثقل كلما كان مكث هذا السائل فى الخلايا الرئوية امنع لدخول الهواء فبموجب ذلك يمنع حصول التنفس

والتهاب البلورا قد يحصل ايضا للجنين قبل ولادته وبرهان ذلك مشاهدة ذكرها بليار وهى ان طفلا انثى عمره يومان دخل المارستان فى اليوم الرابع من اكتوبر وكان منتقع اللون نحيفا جدا ولا يتنفس الا بعسر ونبضه عظيم الاعتبار بعدم انتظامه وسحنته تتغير تغيرا عميقا فى بعض الاوقات ويسمع فى الجهة اليسرى من الصدر بالقرع صوت اصم ويعسر ان يسمع دخول الهواء فى الجزء العلوى منه اذا وضع عليه المسماع (علاجه الشعير المصمغ واللصوق والاقتصاد فى الرضاع) وفى الخامس كانت حالة الطفل كالمذكورة فى السادس وفى فتح جثته وجدت الوريقة الصدرية والرئوية من البلورا اليسرى منقطة بنقط حمر معتمة وكان فى هذا الغشاء وسيما جزؤه المغطى للاضلاع سموكة ويوجد بينه وبين الرئتين التصاقات خلوية آلية متينة كالتى توجد فى البالغين بعد اصابتهم بالتهاب بلوراوى ووجد فى سمك البلورا تحببات صغيرة كثيرة جدا وفى ذلك المحل التصاقات احدث من الالتصاقات السابقة لان قوامها كان زلاليا ووجد منسوج الرئة فى هذه الجهة محتقنا جدا والفتحات الجنينية خالصة وليس فى المخ شئ عظيم الاهتمام ووجد فى القسم

اللفائفي الاعورى خمس عشرة ضفيرة جرابية شديدة البروز والسعة
فهذا الطفل كان معه عند الولادة التهاب بلوراوى مزمن كان يقيناهو سبب
ضعفه الزائد الذى لاجله يمكن ان يؤمر له بالمقويات مع ان الاحتراسات الاول
التى كان محتاجا لها انما هى مقاومة الالتهاب الذى انتهى سريعا بموته
فهذه الامور الواقعية تدل على ان الطفل قد يولد ومعه التهاب رئوى او بلوراوى
خلقى وتوقظ انتباه الاطباء للاحتراسات التى يلزم التمسك بها فى البحث عن
اسباب الضعف الذى يوجد فى المولود عند ولادته حتى يؤمر له بما يكون
انسب لحاله

قال اولفيير وتلك المشاهدات التى اجتنيناها بليار والتأملات والملاحظات
التى ابداها تأكدت بالبحث والتفتيش بعد ذلك من الطبيب الماهر كروفلير
فانه قال فى مبحث امراض الرئة فى الجنين من كتابه الذى فى التشريح
المرضى ما نصه ان اكثر الامراض التى تعرض للجنين والطفل المولود جديدا
هى التى تصيب نفس منسوج الرئة والظاهر ان الداء انما يسبق الولادة ببعض
ايام بل يمكن ان يكون نتيجة قريبة للحركات الاول التنفسية التى تجعل للرئة
احوالا جديدة فمن الواضح ان النمو الجزئى للرئتين او الترشح الرئوى الذى يشاهد
فى الاطفال الذين ولدوا قبل تمام اشهرهم واستنشقوا الهواء جملة ساعات
واحيانا مدة ايام انما هو نتيجة تعجيل مماسة الدم للهواء فى الرئتين اللتين
تركيبهما لم يزل غير متوافق مع وظيفة التنفس وفى احوال كثيرة يكون الداء
موجودا من جملة ايام بل من مدة اشهر فالرئتان حينئذ تظهران باشكال
مختلفة فتارة يوجد فيهما التهاب رئوى فصى فينتشر فى وسط المنسوج السليم
فى اماكن كثيرة فصيصات اوجملة من فصيصات متيبسة اومرشحة وتارة
يستولى الالتهاب على سعة عظيمة اى كتلة واحدة من الرئتين بل لا يندر وجدان
استيلائه على جميع الرئتين وكثيرا ما يشبه المنسوج المريض فى الجنين المنسوج
المصاب بالالتهاب الرئوى فى الاطفال المولودين جديدا واحيانا اخر يكون
لحميا قال كروفلير فآفات الرئتين كثيرة فى الجنين بحيث يصح ان يقال انه يموت

من

من الاطفال المولودين بامراض الرئتين مثل مايموت من الكبار البالغين ولذلك نقول فى سبب الموت باسفكسيا القوابل ان الاسفكسيا ناشئة من مرض فى الرئتين مقدم على الولادة فان اغلب الاطفال الذين يقال انهم اختنقوا من القوابل يظهر انهم مصابون بالسكتة وهناك امر ينبغى التنبيه عليه وهو ان حياة الطفل المولود يمكن ان تبقى زمنا تاما مع سلامة جزء صغير من الرئة فبالنظر لذلك يختلف التهاب الرئة فى الجنين بالذات عن التهاب الرئة فى الكبار لان التنفس من حيث انه للطفل المولود وظيفة جديدة يجوز ان يحفظ فيه وان كانت حياة الدم فيه قليلة واما الكبير فان التنفس فيه وظيفة تتوافق وتنتظم معها بقية الوظائف ولا يمكن ان ينقص فعلها الثلث او الربع بدون ان يحصل تكدر محزن اذا لم يكن ذلك فى الامراض المزمنة وهناك تنبيه آخر مهم ايضا وهو ان تيبس الرئتين يتوافق غالبا مع سمن الجنين ومع جميع مظاهر الصحة التامة ولا يندر ان تشاهد ايضا الشعب مملوءة بمادة مخاطية ثخينة كما فى النزلة الحادة وبقى ايضا نتيجة اخيرة لخمود الرئتين مدة الحياة داخل الرحم وهى ان هذه الاعضاء قد يوجد فيها آفات اعمق جدا منها فى الكبار

ثم بعد هذه الاعتبارات العامة ذكر وفليير ثمان مشاهدات لاطفال لم تزد معيشتهم عن ثمانية واربعين ساعة ووجد فيهم المنسوج الرئوى مرشحا بالدم غير قابل لنفوذ السائل منه او فيه هذه الصفة الاخيرة بدون ترشح بالدم وفيه ايضا منظر الالتهاب الرئوى المبتدأ ووجد فى واحد منهم تيبسا سنجابيا فى اربعة اخماس سعة رئتيه وفى واحد آخر بعض فصوص فقط مرشحة بالمصل والدم وجميع التفرعات الشعبية مملوءة بمصل ثخين شبيه بمصل النزلة التى تصل لدور النضج ووجد فى الثامن اوذيما الرئتين فكان لونهما اخضر زيتونيا وكثير من الاطفال الذين ماتوا ومعهم بثور زهرية انما كان موتهم بالتهاب رئوى او بآفات فى الرئة متقدمة على الولادة وفى واحد منهم وجد المنسوج الرئوى مرشحا فى محال مختلفة منه بالدم والمصل ووجد فى آخر التهاب رئوى فصى متقرح وكانت الرئتان فى ثالث متيبستين ومعه نزلة رئوية انتهى

المبحث الثانى

فى امراض الرئتين والبلورا الناشئة مدة الولادة اوبعدها

اذا قام من تكدر وظائف عضو مرض فى ذلك العضو لزم ان يكون مثل ذلك تعسر حصول وظائفه اوعدم امكان حصولها ومساعدة الصناعة ليست مخصوصة فقط بما اذا تعطلت الممارسة الصحية للعضو بوجود آفة تشريحية اوسبب طبيعى مشاهد فيه بالحواس وانما يكفى ايضا ظهور اى مانع كان يمنع ظهور الحياة فى الاعضاء حتى نضطر لمساعدة الصناعة لتبعيد الاسباب القريبة والبعيدة المانعة لاطلاق الوظائف فلنجعل فى هذا المبحث جملة مطالب

المطلب الاول

فى فقد التنفس اوعدم كماله

رئتا المولود لم يحصل فيهما مدة الحياة داخل الرحم الا التركب الآلى المناسب لقبولهما فى خلاياهما الهواء والدم اللذين سيجتازان فيهما اجتيازا ناشئا من الحياة الغير المتعلقة بشئ ثم فى زمن الولادة يحصل فيهما ظاهرات تستدعى الانتباه والغالب انهما يتمان حالا بدون عائق وظائفهما الجديدة لكن فى بعض الاحيان قد لا يحصل التنفس فلا يدخل الهواء فى الخلايا الرئوية ونبه فابرون على انهم يسمون تسمية مبهمة باسفكسيا المولودين اى اختناقهم احوالا كثيرة مختلفة فى الجهاز الدورى والتنفسى تمنع حصول الحياة فى الطفل المولود فلذلك نسمى هذه الحالة التى نحن بصددها هنا بالحصول الغير التام للتنفس وقد ثبت من تجربيات هالير ومن التى فعلها بعده بكلار ان الجنين مدة اقامته فى الرحم يحصل منه فى وسط مياه الامنيوس حركات شهيق وزفير ويلزم ان يبقى ادخال الهواء كما ظنوا غريبا عن هذا الفعل الاولى للتنفس بل ربما دامت هذه الحركات بعد الولادة ضعيفة القوة غير كافية لدخول الهواء فى الرئتين اما لكون خلاياهما لا تتمدد اوان الشعب تحتوى على مواد مخاطية ثخينة ملتصقة بجدرانها ومع ذلك يمكن ان يعيش الطفل بهذه الحالة بعض ساعات بل بعض ايام واذا بحث فى الرئتين بعد موته لم يوجد فيهما اثر هواء

قال بليار قد اتفق لى مشاهدة ستة اطفال عاشوا زمنا يختلف طوله بدون ان ينفذ فى رئتهم مقدار كبير من الهواء حتى تطول به حياتهم وكان جميعهم عظيم الاهتمام بسبب مافيهم من الضعف الزائد وبطئ حركاتهم والتغير الخاص بصياحهم الذى يشبه الفواق الحاد النخعى واتفق ان ثلاثة توام حملوا لبيت اللقطاء فى الحادى والعشرين من اكتوبر وكان اصغرهم فى الجسم موجبا عظيم الاهتمام ببطئ حركاته وهبوط بدنه والطبيعة الخاصة لصياحه الذى لا يقوم الامن ترجيع حاد متقطع شاق وكان صدره يرتفع وينخفض بانتظام غير انه يسمع منه بالقرع صوت اصم فى جميع سعته ولا يسمع منه بالسماع لغط التنفس وقلبه يضرب فى الدقيقة خمسين دقة فسقى ذلك الطفل بعض ملاعق من ماء سكرى وحفظ فى حرارة مناسبة وعمل على صدره دلك جاف ومع جميع هذه الاحتراسات مات بعد ولادته بثمان ساعات ولما فتحت رمته فى اليوم التالى وجد الحبل السرى ايضا رخوا فربطت القصبة الرئوية من تحت الحنجرة وغمس القلب والرئتان فى الماء فرسبا فى قعر الاناء حالا مع ان منسوجهما لم يكن محتقنا وانما وجد فى الحافة الخلفية للرئة اليمنى فقط بعض احتقان خفيف وفصل كل فص من الرئتين ثم غمس فى الماء فرسب جميع الفصوص بسرعة متساوية ووجد القلب ممتلئا بالدم والفوهات الجنينية خالصة فالتنفس فى هذا الطفل لم يحصل اوان الهواء لم ينفذ الا فى الفروع الاوائل الشعبية حتى انه مات لا بالاسفكسيا فقط بل ايضا من عدم حصول التنفس

وليس من العادة ان يشاهد فقد الهواء بالكلية فى الاطفال الذين يعيشون زمنا ما بالحياة الجنينية كالطفل الذى ذكرناه سواء حفظ دمهم الاصل المحيى الذى قبله من الام اوان اوكسيجين الهواء الممتص بالجلد اوالاغشية المخاطية نفذ فى دورة الدم اوان هذا الاصل المحيى لم يزل الى هذا الوقت غير مهم الاعتبار كما يكون فيما بعد وكثيرا ما يشاهد جزء عظيم من الرئتين لم يدخل فيه شئ من الهواء فى الاطفال الذين لا يوجد فيهم الاحتقان الدموى العام الذى يشاهد فى الاسفكسيا الحقيقية وانما يوجد فيهم انتقاع فى اللون وضعف زائد

وهذه الحالة هى التى تستدعى ان تسمى تسمية حقيقية بضعف المولودين ويلزم الاحتراس من معالجتها بالافصاد انتهى بليار

قال اولفيير والحصول الغير التام للتنفس فى الطفل المولود الذى هو ظاهرة شاهدها جيدا بليار كانت موضوعا عن قريب لابحاث وتفتيشات جديدة من الطبيب جو يرفهو يرى ان المشيمة هى عضو التغذى وتكسجين دم الجنين ففى الشهر الاخير من الحمل كلما قرب زمن الوضع كان الجنين احوج لاوكسيجينية اعظم ويزيد فى ذلك الاحتياج طلق الولادة ايضا بحيث يقهر المولود على التنفس ويلزم بالطبيعة ان يأخذ فى الزيادة كلما ازداد تعطيل وظائف المشيمة اوانقطعت بالكلية مدة طلق الولادة الذى تختلف مدته اذ لا يخفى مقدار الاهتمام فى كون التنفس يتم بالكلية بعد الولادة حالا حتى تحصل الدورة نفسها فاذا لم يكن الامر كذلك ولم يتم التنفس نتج من ذلك اولا الهبوط والانخساف فى الرئة ثم الانسداد وعدم نفوذ شئ فى الحوصلات الرئوية المنسوبة لسعة عظيمة من الرئتين وهذه الحالة المخصوصة فى المنسوج الرئوى تعرض بدون التهاب اورشح على السطح اوتقيح وانما تكون من عدم نفوذ الهواء فالتنفس لا يكون تاما والسائل لا يصل لجميع الحوصلات الرئوية فتبقى هذه عند ذلك هابطة منخسفة على نفسها وينتهى الحال بانسدادها واجزاء الرئة التى بقيت هكذا غير قابلة لنفوذ الهواء فيها تبقى حافظة لجميع صفاتها كما كانت فى المنسوج الرئوى للجنين مدة الحياة داخل الرحم فلا تتمدد بهذا السائل وتتوافق تلك الحالة المخصوصة للرئة مع بقاء الحياة مدة ايام بل مدة اسابيع لكن اذا بحث فى الرئتين بعد الموت لاجل الاختبار والامتحان يشاهد ان كل جزء من الرئة صار غير قابل لنفوذ شئ فيه بسبب التصاق جدران الحوصلات ببعضها فيرسب ذلك الجزء دائما فى قعر الماء الذى انغمس فيه

وذكر جو ير من الاسباب التى ينسب اليها عدم النفوذ فى المنسوج الرئوى الولادة السريعة اوالزائدة السهولة والتى حصل للرأس فيها انضغاط قوى اما من مروره من الحوض الضيق جدا واما من جفت الولادة فلاجل ان يظهر

فى الطفل احتياج التنفس ويصل للدرجة اللازمة يلزم ان تطول مدة الولادة وان تنقبض الرحم مرات كثيرة فينتج من ذلك انضغاط متكرر فى المشيمة يمنع وظائفها منعا وقتيا متقطعا وينبغى حينئذ ان يوضع الطفل بحيث يكون فمه وانفه مفتوحين وفى محل يكون تيار الهواء فيه مطلوقا لطيفا ويعمل على جانبى الصدر دلك جاف او عطرى ويحترس من شد القماط على الصدر او البطن ويغذى بملعقة لا بمص الثدى لان المص يعسر قبل ان يتم التنفس بالكلية

المطلب الثانى

فى الاسفكسيا التنفسية

الاسفكسيا الحقيقية فى المولودين توجد دائما مع احتقان عظيم فى القلب والاوعية الغليظة فاحيانا ينفذ الهواء جيدا فى الرئتين زمن الولادة غير ان الاحتقان الدموى الذى يعرض حالا يدفعه او يمنع نفوذه فيهما بكمية عظيمة كافية لحصول الحياة التامة ومن المعلوم انه يوجد بين الدورة والتنفس ارتباط تام متوافق واضح طول الحياة غير ان نتائج ذلك تكون بالاكثر اظهر فى زمن الولادة وبعض الاطفال يولدون فى حالة امتلاء دموى بحيث تكون الاعضاء ولاسيما القلب والكبد والرئتان محلا لاحتقان عظيم وذلك الاحتقان يزيد فى الرئتين بواسطة الاضطراب والصياح وربما كان الهواء الذى تستنشقه الاطفال حارا جدا محبوسا فى اوضة ضيقة مسخنة بالمداخن كما فى بلاد الاوربا فذلك الهواء يقطع التنفس وينتج الاسفكسيا الحقيقية فوجه الطفل يكون فى العادة حينئذ بنفسجيا ونبضه يكاد ان لا يحس به وصياحه اختناقيا وكثير من الاطفال يولد فى هذه الحالة فيفعلون اولا بعض حركات شهيقية وزفيرية ثم يصيحون كثيرا ويقعون فى الاسفكسيا ومنهم من يولد كانه عديم الحياة ولا يتنفس اصلا فهنا لا ينفذ الهواء فى الرئتين لان خلايا العضو مملوءة كلها بالدم وتلك الحالة الاحتقانية تنشأ فى الغالب من عسر الولادة وطولها واول الوسائط لعلاج ذلك ان يترك الدم سائلا من الحبل السرى حسب الامكان ومنفعة هذا الاحتراس ظاهرة يسهل توضيحها ولذلك صارت كثيرة الاستعمال فى كل يوم

بحيث لا يحتاج للتنبيه عليها قال بليار وانما لا احب ما اعتاده الناس من اجتهادهم فى مثل تلك الحالة فى تحريض صياح الطفل بقصد تنبه فعل جدران الصدر والرئتين فانهم لا يعرفون ان حركات القلب زمن الصياح تتواتر وان الدم يصل بفيضان عظيم نحو الرئتين وانما المناسب على رأيى اذا بقيت تلك الحالة ان توضع علقة او علقتان فى كل ابط ثم يستعمل مع الاحتراس الدلك الجاف او العطرى على الصدر فاذا كانت الحمامات المقوية مناسبة فذاك بالاكثر الا فى الحالة السابقة لا فى الاسفكسيا الحقيقية فاذن ينبغى تمييز تلك الاحوال عن بعضها ومعرفة الاسباب المانعة لحصول التنفس ولا تستعمل الوسائط المخصوصة بمقاومة العوارض الناتجة منها الا مع التمييز ولا ينبغى ان يهمل التأمل لتراكم المادة المخاطية فى الحنجرة والشعب فربما كان ذلك هو المانع لحصول التنفس فتستخرج تلك المادة بالاصبع او بزغب ريشة فان بذلك تصير القنوات الرئوية خالصة مطلوقة فهذه عموما هى العوارض التى تعرض من جهة الرئتين مدة الولادة ولنبحث الآن عن الامراض التى قد يصير مجلسها فى الرئتين والشعب والبلورا

المطلب الثالث

فى الاحتقانات الرئوية

كثيرا ما تكون الرئتان بعد الولادة مجلسا لاحتقانات عظيمة يحصل منها عوارض يختلف ثقلها باختلاف الاطفال والصفات التشريحية لهذه الاحتقانات تختلف من مجرد ترشح دموى الى الاحتقان الرئوى التام وربما عسر وضع حد فاصل بين نتيجة الاحتقان ونتيجة الالتهاب فى منسوج الرئتين ولنذكر على سبيل التقريب الصفات التشريحية لذلك الاحتقان فى المولودين فلاجل عدم اشتباه المنسوج الرئوى الذى لم ينفذ فيه الهواء بالمنسوج المتلبد او المتكبد اى الذى فيه مانع لنفوذه ينبغى ان يتذكر ما نبهنا عليه من ان هناك مشابهة قريبة بين الغدة تيموس والرئتين فى الطفل الذى لم يتنفس فيصح مراعاة تلك المشابهة لتتحقق حالة منسوج الرئتين من طفل فتحت جثته وفرض عدم

تفسبه ومن المعلوم ان مرادنا بالتلبك حالة فى العضو المجروف بحيث تتراكم فيه
مواد تسده ولا يمكن نفوذ شئ منه وذلك التلبك فى الرئة المانع لمرور الهواء فيها
يكون اكثر حصولا فى حافتها الخلفية من بقية اجزئها ويوجد فى بيت القطا
فى الرئة اليمنى اكثر من اليسرى ويبقى منسوج العضو حافظا لتركيبه وصلابته
وانما يكون مترشحا بكمية عظيمة من الدم ويسهل زوال تلونه اذا وضع
فى الماء لاستفراغ السائل منه وقد تكون الشعب فى اثناء المنسوج المحتقن
او المتلبك حمراء مغطاة بتصعد اى افراز مدمم ويوجد مع ذلك التلبك غالبا
احتقان دموى فى القلب والاوعية الغليظة وتلك حالة من المهم مراعاتها
اذا كان المراد تمييز التلبك عن التكبد وينشأ ذلك التلبك فى الرئتين غالبا عن
تكدر يعرض فى سير الدم ونفوذه فى القلب والاوعية الغليظة وقد يبقى زمنا
طويلا بعد الولادة وكأنه نتيجة بعيدة لوقوف الدم وكثرته فى القلب والرئتين
مدة الولادة

ولعوارض التلبك فى الاطفال خفية فى العادة فتعسر مشاهدتها لكن منها
التعب فى التنفس وسوء النمو فى جدران الصدر وبنفسجية الوجه والتلون العام
فى الطفل الدال على الامتلاء الدموى فى جميع الاعضاء ويكون الصياح
خفيا شاقا قصيرا ويسمع بالقرع على الصدر صوت اصم خصوصا اذا ابدل
القرع على الجزء المقدم من الصدر بعد الطفل حتى يكون ذلك الجزء منه موضوعا
على يد من يدى الطبيب ويقرع قرعا خفيفا على الظهر والاجزاء الجانبية
للصدر بسبابة اليد الاخرى او اصبعها الوسطى كما يفعل ذلك بارون مع غاية
الاتقان فانه بهذه الكيفية التى اعتاد على فعلها يميز الدرجات فى الاصمية
او الرنانية فى الصدر فيصل بذلك غالبا الى تشخيص جيد الصحة لامراض الصدر
فى الاطفال الصغار جدا ولا بأس بممارسة ذلك فانه انفع من الاسماع
مباشرة

ومن حيث ان علاج التلبك الرئوى مثل علاج الالتهاب الرئوى الذى ذا اول
درجة له فى الغالب يلزم ان نحيل ما هنا على ما هنالك وقد يتسبب عن هذا

التلبك اى الاحتقان الرئوى افات كثيرة فى منسوج الرئتين غيران الاكثر احداثه السكتة الرئوية فلنشرحها على الاثر فى المطلب الاتى

المطلب الرابع

فى السكتة الرئوية

هى فى المولودين اكثر حصولا منها فى الكبار البالغين والشيوخ ويتضح لك ذلك من كثرة اصابة هؤلاء الصغار باحتقانات الرئة وهى تقوم من انصباب دم محدود فى وسط منسوج الرئتين وذلك الانصباب يعرض اما ببطئ واما دفعة على حسب الكثرة التى طفا بها الدم نحو الرئة وشدة السبب الذى احدث هذا الفيضان واول من ذكرها لاهنك وشاهدها بعده جندران وكذلك الطبيب بوليود والف رسائل فيها مشاهدات مهمة منها وعثر عليها بليار فى المولودين مرات كثيرة وتكلم عليها دينيس فى كتابه ايضا واورد كروفلير منها جملة مشاهدات ولنذكر بعض مشاهدات ذكرها بليار

فمنها ان طفلا انثى عمره ثلاثة ايام دخل المارستان فى اليوم العشرين لاجل اسهال مصحوب بيرقان شديد منتشر فى جميع اجزاء الجسم وفى السادس والعشرين صار ضعيفا جدا ويتبرز مادة خضراء كثيرة وفى الثامن والعشرين صار يتقيأ مشروباته وكان صياحه اختناقيا ولم يرن صدره الا فى الجهة اليمنى وفى اليوم الثالث من ميه كانت حالته العامة كما ذكر وصياحه زائد الاختناق ووجهه منتفخا وزال اليرقان منه بالكلية ومات فى الليل فوجد فى الغشاء الباطن للمزمار احمرار شديد مع تصعد على سطحه غلالى خفيف وكانت الرئة اليمنى متفرقعة واما اليسرى فلم يكن التفرقع الا فى دائرها واما مركز منسوجها فوجد فيه ثلاث بورات دموية محدودة كان الدم فى كل منها كتلة واحدة وكان المنسوج الرئوى متينا كأنه متكبد فى دائرته

ومنها ان طفلا عمره يومان ولم ينقطع صياحه منذ ولد وكان ضعيفا صغير البنية يرقانيا ودرجة حرارة جسمه منخفضة جدا ويحصل له وقتا فوقتا اختناق واضح بحيث يظن موته فيصير وجهه حينئذ بنفسجيا منتفخا وكان صياحه تام

الاختناقية

الاختناقية وضربات قلبه مرتجة غير منتظمة ولا يسمع التنفس الا فى الجزء العلوى من الصدر ويسمع من القرع صوت اصم فى معظم اجزاء الصدر وبقيت تلك الحالة الى اليوم الثالث من اكتوبر ثم مات الطفل فى حالة تقايى مواد رغوية مدممة وعند فتحه شوهد احتقان عظيم فى قاعدة اللسان والاجسام الدرقية ومثل ذلك فى المرى وكذلك احتقان واضح فى جميع القناة المعوية التى كانت مغشاة من الباطن بمواد مخاطية ثخينة جدا ووجدت الكبد محتقنة بالدم والصفراء صافية وقليلة والرئة اليسرى مقرقعة وان كانت مرشحة بمقدار عظيم من الدم ووجد طرف اليمنى مسودا ولما وضعت فى الماء رسبت فى عمق الاناء ولما شقت وجد فى منسوجها مقدار عظيم من الدم منصب قطرات منتشرة ومنفصلة عن بعضها بالخلية ولم يحصل فى منسوج الرئة فى محاذاتها تقرقع وبموجب ذلك يظهر ان الهواء لم يدخل فيها ووجد ثقب بوتال منسدا والقناة الشريانية لم تزل مفتوحة والشعب ممتلئة بمواد مخاطية مدممة صعدت حتى وصلت للقصبة والحنجرة ووجد بعض مصل فى بطينات المخ الذى كان لبه اصفر فيه بعض لين فمن الواضح ان فى هاتين الحالتين تسبب عن هذه الانصبابات الدموية فى منسوج الرئتين اللتين عسر دخول الهواء فيهما الاختناق والحالة العامة للطفلين وتغير الصياح وانتفاخ الوجه وتلونه باللون البنفسجى ثم الموت وشاهد بليار مثالا يقرب من ذلك وجميع الامثلة التى شاهدها بليار ليس فيها سكتة رئوية مزدوجة وها هو مثال للازدواج عثر به اولفيير فى طفل ظن موته من الولادة وكلفه الشرع ان يبحث فى حالته بالتشريح قال وكان موضوع هذا البحث شابة عمرها ثمان وعشرون سنة وولدت قبل هذه المرة ولدا حملته مع غاية الاحتراس الى بلدها ثم حملت بهذا الحمل ثانيا وولدت عند تمام اشهرها وكان الطفل صغير البنية ضعيفا جدا يعسر ان يسمع صياحه الذى كان يحصل منه زمنا فزمنا ففعل معه غاية الاجتهاد لاجل التقامه الثدى فلم يمكن فاعطى بعض ملاعق من ماء محلى بالسكر ثم بعد بعض ساعات شاهدت امه انه برد فدلكت سطح جسمه ولفته بخرق حارة فلم يفد ذلك شيأ بل زاد البرد ومات

الطفل بعد الولادة بنحو ثمان عشرة ساعة ولم يوجد فى ظاهر جسمه اثر اختناق ولا غيره من الاسباب القوية الظاهرة وانما شوهد تحول الرئتين معا الى كتلة سوداء رخوة خرج منها بالشق خلط دموية فيها بعض لين ولم يعرف فيهما جيدا المنسوج الرئوى ماعدا بعض محال من الحافة المقدمة لهما ووجد فى هاتين الرئتين مقدار يسير من الهواء وكان ذلك الترشح الدموى فى جميع سمك منسوجهما جديدا لان الدم المتراكم فيه لم يكابد تغيرا فى اللون ولم يكن فيه رائحة نتنة ويقرب للعقل ان هذه السكتة المزدوجة حصلت مدة الولادة اوقبلها بيسير انتهى

فنستنتج من جميع ماسبق ان هذه السكتة الرئوية قد تتبع احتقان الرئتين اوتصاحبه وان علاماتها المتسلطنة هى عسر التنفس واختناق الصياح واختناق الطفل وان يعلم من القرع عدم وجود الهواء فى الرئة التى هى مجلس السكتة ويحصل احيانا اندفاع مواد مدمية وقد ثبت من المشاهدات المذكورة ومما ذكره المؤلفون ان هذه السكتة تختلف درجات شدتها كثيرا فتكون صاعقية ومتوسطة ومحدودة وقابلة للتحلل فالصاعقية تقتل فى الوقت كالسكتة المخية التى فى اعلى درجة وشوهد فى حالة انه حصل للمريض عسر تنفس فجائى شديد جدا فانتقع لونه وصغر نبضه جدا ومات بعد ذلك بلحظة ووجد فى الجانب الايسر لصدره انصباب مصل مدمم وخلط دموية مسودة وجزء من ذلك محوى فى سمك قاعدة الرئة وقد يموت المريض بعسر نفس شديد بحيث لايعلم سبب ذلك ثم اذا فتح وجدت فيه امارات السكتة الرئوية وقد تكون درجة سرعة الموت اقل من الحالة السابقة فقد شوهدا لوجه بنفسجيا والتنفس متواترا جدا بدون تضايق والنبض يكاد ان لايحس به وحصل مع ذلك نفث دم خالص لكنه قليل يختلف فى اللون وسبات مستدام ثم موت الطفل فى اليوم الخامس فى حالة شبيهة بحال حيوان انضغط فيه المخ اوشخص معه نصف اسفكسيا اوتجلد بالبرد والصفات التشريحية لهذا تقرب من غيره وهناك احوال واشكال اخر غير ذلك موضحة فى المؤلفات يطول بنا المقام لوذكرناها

فقد

فقد علمت مما ذكرناه ان تشخيص السكتة الرئوية عسر فى الاطفال كما هو كذلك فى الكبار فى اغلب الاحوال ولكن نقول ان نفث الدم ليس علامة دائمة لها فقد توجد السكتة بدون نفث والنفث الفجائى المهلك يكون غالبا نتيجة تمزق جيب انورسماوى فى سمك الرئة او الشعب وقد تشتبه السكتة الصاعقية سواء كان معها نفث ام لا بتمزق الجيب المذكور بل وبتمزق نحو قوس الاورطى الانورسمى واما السكتة المتوسطة المحدودة فتظن بالاعراض التى ذكرناها وهى عسر التنفس والسبات وبعض اسفكسيا وصغر النبض مع نفث دم اسود وطعن كروفليير فى القرع والاسماع وقال كيف يعرف بهذه الوسائط النوى الصغير الدموى المنتشر فى سمك الرئة وان كان لاهنك ذكر علامتين رئيستين للتلبك الرئوى تؤخذ ان من الاسماع الاولى عدم التنفس فى سعة صغيرة من الرئة والثانية خرخرة فرقعية توجد فيما حولها غير ان هذه العلامات قد تعدم بالكلية مع ان الرئة يكون فيها جملة من نوى صغيرة متين كبير الحجم كبيضة الدجاجة الصغيرة ويظهر ان العلامة الاقوى من ذلك لهذه السكتة هى النفث السائل الاسود الغير النتن الشبيه كما قيل بمحلول رب السوس فذلك يدل على بورة دموية تغير فيها الدم واندفع الى الخارج ونقول بالاختصار اسباب هذا الداء خفية فى الغالب واخطاره تكون على حسب كمية الدم المترشح

واول الوسائط التى تطلب هنا هى اخراج الدم وذلك فى الطفل الصغير يكون بوضع علقة او علقتين فى كل ابط لان الضفيرة الوريدية التى توجد تحت الجلد فى هذا الموضع متصلة باوعية التجويف الصدرى فيستفرغ من هذه بتلك الواسطة الدم المحتاج اليه دفعة ومن المهم ايضا ان لا يقمط الطفل سواء حال الولادة او فى سن متقدم عنها متى كان معه الاعراض التى ذكرناها لتلك السكتة لانه اذا اتعب اتساع الصدر وتمدده زيد فى خطر الاحتقان واما غير العلق من الوسائط المساعدة له فيذكر فى معالجة الالتهاب الرئوى المذكور على الاثر

المطلب الخامس

فى الالتهاب الرئوى اى ذات الرئة

الالتهاب الرئوى فى الاطفال الرضع يوجد له يقينا صفات خاصة به تميزه عن الالتهاب الرئوى فى الكبار فبدل ان يكون حاصلا من تهيج يظهر فى المنسوج الرئوى من تأثير الاسباب الجوية التى كثيرا ما تعرض فينا هذا الداء يكون فى الاطفال الصغار نتيجة وقوف الدم فى الرئتين بحيث يكون ذلك الدم كالجسم الغريب فيساعد على تغير منسوج الرئة ويختلط به ويصير آليا مشابها له فيتكون عن ذلك ما يسمى بتكبد الرئة ولذا كان الغالب ان ذات الجنب تتبع الاحتقان اى التلبك الرئوى وقد علمت ان هذا التلبك فى الرئة اليمنى اكثر منه فى اليسرى بل وفى الحافة الخلفية للرئتين اكثر من بقية اجزائهما فيلزم ان يكون هذا الالتهاب ايضا كذلك فالتهاب الرئة الذى يحدث تكبدها ينشأ فى الاطفال غالبا من سبب ميخانيكى اوطبيعى عكس ما يكون فى الكبار ولذلك كان هذا الالتهاب فى هؤلاء الصغار محدودا فى العادة فيوجد غالبا مقصورا على المحل المحتقن اولا واما البلورا التى فى اغلب الاحوال تلتهب مع الرئة فى الكبار فتبقى غريبة عنه سليمة فى هؤلاء الاطفال

ومتى ظهر الالتهاب جاز ان يحصل منه تغيرات فى المنسوج تختلف اشكالها ودرجاتها من التكبد البسيط الى الفساد الزائد وها هى مشاهدات توضح المقام ذكرها بليار

فمنها طفل انثى عمره خمسة ايام دخل المارستان فى اليوم العشرين من سبتمبر فكان صغير البنية ضعيفا وجلده شديد الحمرة وحصل له اسهال لمواد كثيرة خضراء وكان صياحه ضعيفا بل قد يعسر احيانا سماعه (علاجه ماء الارز المصمغ وحقنة نشائية ولبن ممزوج) وفى الثانى والعشرين شوهد وجهه متنقعا معلنا بالالم وانجذب جناحا الانف الى الوحشية واحاط به دائرة بنفسجية وكاد صياحه الشاق ان يكون خفيا وكان يسمع فى الجهة اليمنى من صدره صوت اصم ولا يسمع التنفس من تلك الجهة (علاجه ماء الخبازى المصمغ ولعوق وحمام قدمى خردلى) وفى الثالث والعشرين لم يشاهد فيه اعراض حمية بل بردت الاطراف وصارت اوذيماوية وكانت نبضات القلب خفية بحيث لا يمكن عدها

ومات الطفل فى الرابع والعشرين ولما فحصت جثته وجد احمرار مخطط فى المعدة وفى ابتداء المعا الدقيق وخمسة عشر ضفيرة جرابية حمراء منتفخة يسيرا فى الثلث الاخير من اللفائفى ووجد فى الرئة اليسرى ابتداء تكبد فى فصها العلوى واما الرئة اليمنى فجميع سعتها متكبد وكلما قطعت منها قطعة وجدت نقية بحيث لا يوجد فيها التركيب الخلوى وترسب سريعا فى قعر الماء ووجدت البلورا فى غاية السلامة والفوهات الجنينية مفسدة والشعب محمرة ومملوءة بالدم ووجد كل من المخ واغشيته شديد الاحتقان ففى هذا الطفل لم تشاهد اعراض حمية واما الاعراض الموضعية فكانت قطعية واضحة فيلزم ان يوجه الطبيب انتباهه لهذه الاعراض الاخيرة حتى يتضح له فى البحث تشخيص الداء واما فى المشاهدة الآتية التى كان صاحبها اكثر تقدما فى السن فان مجموع الاعراض تؤخذ منها صفة جديدة للداء وبذلك اتضح لنا انه يتنوع بتنوع البنية التى يطبعها فيها السن وهاهى المشاهدة المذكورة

طفل انثى عمره سبعة اشهر دخل المارستان فى اليوم الثامن من جوين لاجل التهاب معدى معوى ظهر فيه بعد ان لقح له الجدرى بخمسة ايام واتقاد ذلك الالتهاب اوضع ثلاث علقات على المعدة وللحمية عن الثدى وللاستحمامات والمشروبات الملطفة فبينما هو فى النقاهة التامة من هذا الداء اذ عرض له دفعة فى اليوم الثانى والعشرين من جوين سعال كثير يابس مصحوب بقلق واضطراب يعلن به بحسب الظاهر صياح المريض وسهره اى عدم نومه وعرض له مع ذلك احمرار شديد فى الوجنة اليسرى وصار جلده محرقا والنبض شديد السرعة والتنفس شاقا بدون خرخرة والصياح خفيا حسب ما اعتاده وصار يحصل له اختناق تام اذا اعتراه صياح كثير وفى كل لحظة يتغير لون وجهه ويتقطب ذلك الوجه وكأنه يتورم ويصير بنفسجيا عندما يبتدئ فى الصياح (علاجه ثلاث علقات على الاجزاء الجانبية العليا للصدر وماء الشعير المصمغ واللعوق) فسال من العلق دم كثير حتى حصل منه الغشى وفى الثامن والعشرين حصل رشح مدمم من العين اليسرى وفى مساء اليوم الاول من جوليت عرضت شدة فى الحمى

والاضطراب مصحوبة بسعال خفيف بدون نفث ولم يكن هناك خرخرة وكان الصدر اصم الصوت فى الجهة اليسرى ومن ذلك الزمن الى العاشر من جوليت لم تتغير الاعراض وصار الطفل آخذا فى السقوط تدريجا والنبض خيطيا مع السرعة دائما وغطى الوجه بنكت نمشية بقيت مدة ايام ودام على هذه الحالة الى الثامن عشر الذى مات فيه ولما اريد فتح جثته وجدت من الظاهر منمو وكذا منتقعة اللون كلها وبعد الفتح وجدت المعدة عديمة التلون بدون لبن وشوهد ستة ضفائر جرابية شديدة الحمرة فى نهاية اللفائفى الذى كان مع ذلك مجلسا فى سعة ثمانية قراريط منه لاحتقان شعرى واضح جدا ووجدت الرئة اليمنى متكبدة فى حافتها الخلفية واليسرى كذلك وكذا فى جميع سعة قصبتها السفلى وتخرج قطعها بالقطع نقية غير خلوية وتضمر بين الاصابع بدون ان يخرج منها دم بالضغط وتسقط كالحجر فى قعر الماء الذى تغمس فيه ووجدت التفرعات الشعبية مملوءة بمواد مخاطية رغوية محمرة قليلا واما القصبة الرئوية فسليمة ولم يكن فى القلب ولا فى المخ ما هو عظيم الاهتمام

فكما رأينا فى هذا الطفل الاعراض الموضعية للالتهاب الرئوى رأينا ايضا الاعراض التى احدثتها الحمى المتسببة عن التهابات الاحشاء الرئيسة وعروض السعال الذى كان فى الابتداء معدوما وانضمامه للاعراض الاخر الا ان النفث لم يوجد هنا كما فقد ايضا فى المشاهدة السابقة وذلك لانه يتعذر او يتعسر جدا حصوله للاطفال الصغار فى السن فتقيأهم اسهل من نفثهم وايضا فان هذه الظاهرة تكون فى الغالب نتيجة اهتزاز واندفاع حاصل من الحجاب الحاجز على المعدة فى شدة السعال وعلى كل حال عرفنا من البحث فى الاعضاء وجود التهاب رئوى بسيط غير مضاعف بالتهاب بلوراوى وذلك كما قلناه هو الغالب فى الاطفال الصغار

وخراجات الرئة الحاصلة عن الالتهاب الرئوى نادرة فى الصغار كما فى الكبار البالغين فلا يشاهد فى الغالب القيح محويا فى بورة محدودة وانما يوجد منتشرا او مترشحا فى منسوج الرئة ومع ذلك يمكن العثور عليها كما يدل على ذلك

المثالان الآتيان

طفل عمره ثلاثة اشهر دخل المارستان سابقا مرتين من بعد ولادته فالمرة الاولى كان دخوله لاجل اوذيما فى الاطراف والثانية لاجل التهاب معوى مع اسهال اخضر مضاعف بسعال رطب لكن الظاهر ان هذه العوارض انقادت لابسط الوسائط والذى تولى ارضاعه والاحتراس عليه المرضعات المخصوصة به ثم فى اليوم الثانى من مرض دخل المارستان مرة ثالثة فكان منتقع اللون نحيلا هزيلا ليس معه اسهال غير ان بطنه منتفخ لكن بدون الم وكان سعاله مستداما وتنفسه لغطيا وصدره ردىء الرنانية فى جميع الجهات وان لم تكن الاصمية واضحة فيه (علاجه ماء الشعير المصمغ ولعوق ولبن ممزوج) وفى العاشر من مرض ظهر ان حاله اجود او اقله ان تنفسه صار اكثر اطلاقا ولكن كان يسعل دائما وان لم يكن معه حمى اصلا فعلى مقتضى حسن حاله اخذته الراهبة الموكلة بقاعة المرضى واعطته لمرضعة فاعتراه فى الليل سعال شديد وحصل له اختناق وعلم من صياح الطفل الذى كان فى بعض الاوقات يعسر سماعه وجود قلق والم معه فبسبب ذلك اعيد لبيت المرضى فى صباح اليوم الحادى عشر فكان سعاله كثيرا يابسا ووجهه بنفسجيا وجناحا انفه مجذوبين الى الوحشية واحيطا بدائرة مزرقة ظاهرة ايضا على اصل الانف وكان الصياح شاقا بينيا ويسمع من الجانب الايسر من الصدر صوت اصم ولا يسمع منه لغط التنفس وصارت الاطراف باردة والنبض صغيرا غير منتظم (علاجه اللعوق واللبن الممزوج والحمام القدمى الخردلى) وفى الثالث عشر غارت الاعين فى الحجاج وصار التنفس دائما سريعا ولم تزل بقية الاعراض السابقة موجودة الى اليوم السادس عشر الذى مات فيه نحو المساء وعند فتح جثته وجد فى المعدة لبن ابيض فى جميع سعتها ووجد فيها اقرب الفؤاد تأكلات سطحية ووجد مثل ذلك تقريبا فى جميع سعة القناة المعوية المغطاة بمواد صفراء كراثية ووجدت الكبد سليمة الا ان حوصلتها اعنى المرارة متمددة بصفراء لزجة سوداء ووجد فى قاعدة الرئة اليسرى بورة صديدية واسعة كبندقة تحتوى على صديد ابيض

ممتزج ببعضه بدون رائحة والوجه الباطن لهذه البورة املس احمر لكن ليس فيه هيئة كيس واضح ولم يوجد فيه شئ ظاهر من الفروع الشعبية مع ان تلك الفروع وجد فيها مخاطية صديدية وامامنسوج الرئة فوجد منه جزء متكبد سعته نحو نصف قيراط بخلاف الرئة اليمنى فانها كانت كلها سليمة وكانت الفوهات الجنينية منسدة والمخ سليما واما اغشيته فمحتقنة

فهذا كله يحمل على ظن ان هذا الطفل كان معه من زمن طويل التهاب رئوى اعراضه خفية ولابد الا انها كانت من طبيعة تستدعى انتباه الطبيب فالراهبات اللواتى لم يشاهدن فى هذا الطفل الا انتقاع لونه وضعفه استدعى جهلهن ان يخرجنه عن انتباه الاطباء له عند ماظهر لهن حسن حاله وتلك حالة لا يغتر بها الا مثلهن لا الاطباء المهرة ولذلك سار هذا الالتهاب فيه بطئ لكن مع الاستدامة حتى تقدم تقدما عظيما بحيث سبب تقيح العضو ومن هذه المشاهدة يعلم زيادة الاضطرار الى التوعى على هذه الالتهابات البطيئة التى قد تسبب فى الاطفال كما فى الكبار غالبا آفات ثقيلة ليس للطبيب فيها حيلة

قال بليار وجدت فى جثة طفل عمره عشرون يوما ومات بدون ان تتضح فيه اعراض الالتهاب الرئوى ان الرئة اليمنى متكبدة فى معظم سعتها ووجدت ماعدا ذلك فى قاعدة هذه الرئة كما فى فصها المتوسط ثلاث نتوات مبيضة رخوة مرنة ولما فتحت خرج منها بعض هواء وهبطت حالا وكان كل منها مكونا من كيس رقيق جدا يحتوى على صديد ابيض عديم الرائحة ثخين فيه بعض خيطية والوجه الباطن لهذه الاكياس الصغيرة كان احمر محببا ومختلطا من الخارج بمنسوج الرئتين بخلاف الشعب فلم تنفتح فيها وانما كانت ملتهبة ويرشح منها بالضغط نقط من الصديد شبيهة بالصديد الذى ذكرناه واما بقية الاعضاء فليس فيها ماهو عظيم الاهتمام ومن الواضح ان هذا التقيح فى الشعب وتلك الخراجات فى الرئة انما كانت نتيجة التهاب خفى خفيت اعراضه علينا لانى لم التفت غاية الالتفات لهذا الطفل انتهى

والتهاب الرئة كما يحصل منه تكبدها وتقيحها يحصل منه ايضا لينها وفسادها الذى يعرض ايضا من تأثير الالتهاب فى الاعضاء الاخر وها هى مشاهدة لذلك وهى ان طفلا مولودا جاء لبيت اللقطاء بباريس فى اليوم السابع من فوربير فاعطى حالا لمرضعة فاخذ ثديها بشراهة ثم قطع الرضاع حالا لكونه كما قالت راهبة الاوضة كان يحصل له زهق فى كل لحظة وصار وجهه بنفسجيا ويلتزم ان يصيح فلا يمكنه ذلك فغذى بالملعقة فلم تحسن حاله بل صار يتقيأ غالبا عند صياحه ويتبرز تبرزا اعتياديا ثم مات فى اليوم الحادى عشر قال المؤلف ولما لم يدخل بيت المرضى لم يتيسر لى مشاهدته بغاية الانتباه وانما الراهبة هى التى ذكرت لى ما ذكر ولما فتحت جثته وجدت لون الغشاء المخاطى المعوى ابتدأ فى الزوال وكلا من القلب والكبد والاوعية الغليظة محتقنا بالدم والرئة اليسرى زائدة الاحتقان جدا فى حافتها الخلفية بحيث تقرب لحالة التكبد وتحولت كلها الى قوام المصلوقة المحمرة بدون ان تنتشر منها رائحة الادروجين المكبرت وتذوب اذا مر عليها بتيار ماء فتكون على هيئة حبوب سنجابية لينة يظهر انها نتيجة فساد الرئة واما الشعب فكان فى ادق فروعها بعض احمرار وكانت سليمة فى ابتداء تقاسيمها واما الرئة اليمنى فكان فيها مجرد احتقان لا غير وظهر ان ذلك الفساد فى المنسوج كان نتيجة التهاب رئوى يمكن انه كان تابعا لاحتقان ضعفى وذلك يشاهد كثيرا فى المولودين فقد ثبت انه يجب امعان التأمل والمشاهدة فى اعراض الالتهاب الرئوى فى الاطفال الصغار لان هذا الداء قد يسبب فى هذا السن نتائج مغمة

وقبل ان نفصل الاعراض العامة للالتهاب الرئوى نذكر مضاعفته بالتهاب البلورا حتى يقوم من ذلك التهاب رئوى بلوراوى وقد علم ان هذا الالتهاب المزدوج اندر فى الاطفال منه فى الكبار فلا يوجد غالبا الا فى من اخذ فى تقدم السن فليس نتيجة احتقان رئوى كما يكون كذلك الالتهاب الرئوى البسيط فى الاطفال وانما يكون نتيجة تأثير قريب او بعيد للمزاج الجوى او لاسباب اخر بادية وها هى مشاهدة هذا الالتهاب البلوراوى الرئوى

وهى ان طفلا عمره خمسة اشهر دخل المارستان فى اليوم الخامس من شهر ميه وكان قد جاء سابقا فى الشهر السابق لاجل علاج التهاب معوى وشفى منه ومع ذلك بقى بعده منتقع اللون نحيفا الى وقت دخوله ثانيا فى هذا اليوم الخامس فكان معه تمدد عظيم فى البطن وتقايى لجميع مايشربه وكان تنفسه متعبا مع ان صياحه لم يكن فيه تغير اصلا وانما كان يحصل له سقوط وتعب من كثرته وفى اليوم السادس ظهر من سحنته انه متألم وصار صياحه خفيا زمنا فزمنا ووجهه الذى كان فى العادة منتقعا صار كالحا ولم ينقطع منه القىء وفى السابع عرض له اضطراب عظيم وبردت الاطراف وبقيت فى حالة تشنجية وتعسر سماع الصياح وكان يسمع من الصدر صوت اصم فى الجهة اليمنى واما الجهة اليسرى فكانت ترن جيدا وكان النبض يبطئ فى الصباح ويرتفع فى المساء حتى يضرب فى الدقيقة مائة واربعين وعرض له عرق عام وانبسطت الاطراف التى بقيت مدة النهار منقبضة ورجعت لها حركتها (علاجه لعوق ولبن ممزوج واربع علقات على جانب الصدر) وفى الثامن والتاسع وجدت خفة يسيرة لان كلا من الصياح والاضطراب اخذ فى النقص وفى العاشر من ميه ابتدأ ظهور الاعراض السابقة ثانيا وتقطب الوجه وانتفخ ويعلم من السحنة وجود الالم الشديد وفى الحادى عشر عرضت طبقة من الموجيت على الجدران الفمية وفى الثانى عشر مات الطفل وفى فتح جثته وجد لبن ابيض فى جميع الغشاء المخاطى المعوى واحمرار فى المزمار واما القصبة الرئوية فكانت سليمة بخلاف الرئة اليمنى فانها كانت متكبدة فى جميع سعتها ووجد بين البلورا الضلعية والرئوية من هذا الجانب التصاقات ابتدأت فيها المقاومة ولم يوجد فى التجويف الصدرى الا كمية يسيرة من سائل مصلى صديدى ووجد طرف الرئة اليمنى ملونا بلون سنجابى مائل للزرقة وفى مركزها لين محمر وتحتوى شعب الفص على مواد مخاطية صديدية ووجد المخ سليما بحيث وجدت قطعه التى تقطع منه نقية متينة وكذا لم يشاهد فى النخاع الفقرى ولا فى اغشية المخ آفة واضحة فهذا الطفل ماعدا الالم الزائد الذى يظهر عليه والانقباض التشنجى

فى الاطراف الذى ربما كان نتيجه ثانوية لم يوجد معه من الاعراض الااعراض الالتهاب الرئوى البسيط ولذلك يظهر عسر تمييز الالتهاب الرئوى عن البلوراوى الرئوى فى الاطفال الصغار وهذا التمييز فى جميع الاحوال ليس زائد النفع لان معالجة احدهما مناسبة للآخر جيدا

ولنذكر على سبيل الاجمال العلامات والاعراض التى بها يعرف وجود الالتهاب الرئوى فى الاطفال الرضع وهاهى

التنفس * هو يكون متعبا قصيرا شاقا ولا يسمع بالسماع فى جزء الرئة المتكبد اوالرئة المتكبدة كلها ويسمع من الصدر صوت اصم بالقرع واحيانا يكون التنفس اختناقيا ولا تعدم الخرخرة دائما

الصياح * يكون غير تام وخفيا فى الغالب ثم يصير واضحا لحظة ما ثم تتغير نغمته التغير الخاص بالحالة التى نحن بصددها

السعال * يوجد احيانا فليس بلازم ولذلك لا يلزم الانتباه له الاعلى سبيل التبع قال المحققون اذا كان هذا الداء مصحوبا بالتهاب شعبى شديد كان السعال اكثر جدا مما اذا كان بسيطا اومع شعبى خفيف

النفث * هو يكون معدوما فلا تتضح منه كما فى البالغين طبيعة الالتهاب الرئوى ولا مجلسه ولا درجته وكذلك الم الجانب والقىء المدمم نادر

السحنة * العلامات التى تعلن بها السحنة تقوم من جذب جناحى الانف الى الخارج وكأن الطفل يمد الانف بقوة ومن الدائرة المزرقة التى ترتسم خارج الانف ومجمع الشفتين ويظهر انها نتيجة التعطيل الذى حصل حينئذ فى الدورة العامة اوالشعرية وقد تكون غضون الجبهة اقل مما فى الآفات البطنية مع ان التخطيط الانفى والتخطيط الوجنى يرتسمان غالبا وقد يصير الوجه احيانا اوذيماويا وسيما فى آخر الداء

الحمى * تكون معدومة اوتكاد ان تعدم فى احد الصغار جدا وتأخذ فى الظهور غالبا كلما تقدم الطفل فى السن وكثيرا ما يكون النبض صغيرا خفيا والجلد باردا منتقعا والاطراف اوذيماوية

الحالة العامة * لما كان الالتهاب الرئوى يظهر غالبا بعد الاحتقان الرئوى وكان هذا الاحتقان يصيب فى الغالب الاطفال الاقوياء الممتلئين كان الغالب ان الطفل المصاب بالتهاب رئوى حاد يكون قوى اللون منتفخا اوذيماويا فاذا دام الالتهاب الرئوى زمنا ما نتج عنه حالة الهبوط التى تكثر فى الالتهابات المزمنة عموما واما النوم على الجانب المصاب بالالتهاب الرئوى فكانوا سابقا يعتبرونه علامة واصفة له ولكن حقق اندرال ان هذا غير مطرد فليس بصحيح على الاطلاق واثبت ان فى ابتداء الداء كما فى مدة سيره تكاد ان لا توجد تلك الصفة فى واحد من خمسة عشر مريضا بل المعظم انما ينام مستلقيا على الظهر وان نومهم على كلا الجانبين على حد سواء بقى من العلامات ما يؤخذ بالقرع وما يؤخذ بالاسماع ففى ابتداء الالتهاب اعنى التلبك لا توجد اصمية تامة فى جزء الصدر المقابل للجزء المصاب من الرئة وانما تكون الرنانية اقل من الحالة الطبيعية ويتضح الفرق فى الرنانية بالقرع على جانب بعد الاخر لكن اذا كان المصاب الجانبين معا كان نقص الرنانية موكولا الى حذق الطبيب او بمقابلته بقرع صدر سليم موافق له فى السن والسمن والوضع وغير ذلك واما الدرجة الثانية اعنى التكبد الاحمر او السنجابى فتكون الاصمية تامة فى مقابلته واما العلامات المأخوذة من الاسماع فهى اضعف من القرع وتختلف ايضا باختلاف درجة الالتهاب ففى الدرجة الاولى تزول الخرخرة التنفسية الكلية وتتبدل بالخرخرة القرقعية التى تارة تكون يابسة وتارة رطبة وفقاقيع الخرخرة القرقعية تختلف كثرة ودقة باختلاف كون الدرجة الاولى وحدها او ممتزجة بالثانية كما يتفق ذلك واما فى الدرجة الثانية والثالثة فلا يسمع التنفس الحوصلى ولا الخرخرة القرقعية لان الهواء لا يدخل فى الخلايا الرئوية لكن اذا زالت خرخرة التنفس الحوصلى بالكلية عوض عنها زيادة قوة لغط التنفس الشعبى حتى يكون اقوى من العادة بحيث يعده من سمعه انه نفخ فى انبوبة ويسمى ذلك بالنفخ الشعبى فاذا انتقل الالتهاب من هذه الدرجة الى الثانية او الاولى نقص هذا النفخ الشعبى او زال بالكلية لكن فى كثير من

الاطفال لا ينفع القرع لكون الصدر لا تنقطع رنانيته من الجانب المريض وكذلك الاسماع يكون قليل النفع ايضا لما ان الطفل يكثر منه الصياح عند ذلك اولكون مجلس الداء عميقا او باعتبار شكل الفص الملتهب

وسيرهذا الداء فيهم له احوال مخصوصة مهمة فانه قد يبقى غالبا فى الدرجة زمنا طويلا بالجملة اسابيع مثلا وانه فى الحالة التى يكون انتهاؤه فيها محزنا لا يوجد التكبد والتقرح فى الرئة الا نادرا فى هذا السن كذا قال شوميل فهذه هى العلامات العامة للالتهاب الرئوى فى الاطفال الرضع وقد علم انها قابلة لان يحصل فيها على حسب الاطفال وخصوصا على حسب الاعمار تنوعات كثيرة لا يشاهدها الطبيب الا على اسرة المرضى

واما مجلس الالتهاب الرئوى فمن المعلوم فى الكتب المطولة القديمة ان فيه خلافا اى انه اما فى المنسوج الخلوى الذى بين الحوصلات الرئوية واما فى الحوصلات نفسها واما فى المنسوج الخلوى والحوصلات معا واكتفى لاهنك بقوله ان المجلس فى المنسوج الرئوى ولما اعتبر اندرال ان الخرخرة القرقعية للدرجة الاولى من الالتهاب الرئوى يظهر ان مجلسها فى الحوصلات الشعبية ظن ان مجلس الالتهاب يكون اولا وبالذات فى الحوصلات الرئوية التى سطحها الباطن يفرز فى الكبار سائلا يكون اولا مخاطيا مدمما ثم صديديا ويقرب من هذا الرأى رأى الماهر بروسيه حيث جعل المجلس الاول فى الغشاء المخاطى المغشى للخلايا الشعبية فيصح ان نجعله فى الحوصلات الرئوية ولكن الظاهر ان التهاب الحوصلات يصحب غالبا التهاب المنسوج الخلوى الذى بينها وقد قسم هذا الالتهاب معظم المحققين الى حاد ومزمن وجعل لاهنك الصفات التشريحية التى تحصل فى المنسوج الخاص للرئة المصابة بالحاد ثلاثة انواع الاحتقان اى التلبك والتكبد والترشح الصديدى واما اندرال فذكر التلبك واللين الاحمر واللين السنجابى والترشح الصديدى البسيط وتكون الخراجات

العلاج * يلزم قبل كل شئ كما فى علاج الاحتقان ان لا تقمط الاطفال المصابون بالالتهاب الرئوى فاذا اتضحت علامات الاحتقان الدموى يبادر بان يوضع

تحت كل ابط اوعلى قاعدة الصدر علقتان اواربع اوست على حسب قوة الاطفال واحذر ايضا من وضع الطفل فى حمام لان حرارة السائل وضغطه يزيدان فى فيضان الدم نحو الصدر وفى تعب التنفس ولابد ان يوضع الطفل فى الحمية عن الثدى مدة اربع وعشرين ساعة اوثمان واربعين ويسقى فى هذا الزمن بعض ملاعق من لعوق ولبن ممزوج اومستحلب اللوز فاذا لم يزل الداء بذلك التحجى بعد الاستفراغات الدموية لوضع المحاجم الجافة على الصدر اوحراقة وقتية اومستدامة اماعلى الصدر اوعلى الذراع ولا بأس بتجربة المصرفات على الاطراف اوفى القناة المعوية بقصد تخفيف الاختناق فاذا كان الالم شديدا اوسبب صياحا واضطرابا مستداما كان من النافع ان يؤمر بنصف درهم اودرهم من شراب دياقورد اى شراب الخشخاش فى اوقيتين من اللعوق الابيض وقد ثبت عندنا من البحث التشريحى فى الجثة ان الالتهاب الرئوى فى الاطفال الصغار جدا يكون غالبا نتيجة احتقان دموى موضعى وان الشعب غالبا لاتشارك منسوج الرئة فى هذا الالتهاب فبموجب ذلك لاضرر فى ان يؤمر بشراب الايبكاكوانا والقرمز بل والعنصل ايضا بقصد تحريض اندفاع المادة المخاطية لكن قد علمنا سابقا ان النفث لايحصل للمولودين فعلى فرض ان هذه الادوية تنبه الشعب لابد وان تسبب للطفل تعب احتياجه وتطلبه لاندفاع المواد مع ان ذلك شاق عليه وليس فى طاقته واما الطفل المقدم فى السن فانه اذا كان معه اعراض التهاب شعبى صح ان يؤمر له فى الدور الاخير للداء بنصف قمحة من القرمز فى اوقيتين اوثلاث من لعوق ويعطى له ذلك ملعقة ملعقة وذكر دوجيس انه نجح معه الامر بجرعة مصنوعة من اوقية من شراب الصمغ وماء زهر البرتقان مخلوطا ذلك بدرهمين من السكنجبين العنصلى وملعقتين صغيرتين من ماء ولا ينبغى تقليد الجهال فى اعطائهم شراب الايبكاكوانا لجميع الاطفال الذين يسعلون بدون ان يستفهم عن سبب السعال وطبيعته واعراضه الموضعية والعامة الموجودة مع الطفل بل ينبغى التوعى فى الامر بالادوية عموما ولا تقاوم الاعراض بدون

ان

ان تعرف طبيعة الآفات المنتجة لها ومجلسها وتنوعاتها

فاذا بقى الطفل ضعيفا بعد الالتهاب الرئوى وكابد مدة طويلة عوارض يظهر انها ناشئة من بقايا التهيج الثابت فى الاعضاء الصدرية لزم له مراعاة الاحتراسات التى يستدام تأثيرها زمنا طويلا كأن يلبس من صوف الفلانيل المسمى الآن بالمارينوس وتبعد عنه جميع الاسباب التى تنبه الجهاز التنفسى كالصياح الكثير والتعرض للهواء البارد او الريح الشديد والرياضة والاقامة فى الاماكن الرطبة كبين الاشجار وشواطئ الانهار ونحو ذلك ولا تغفل عن ان هذا الطفل كائن الآن فى زمن من حياته فيه الاعضاء المختلفة قابلة فى نموها الان يحصل فيها بعض تنوعات تعرضها الاستعدادات يمكن ان تنطبع فيها مدة الحياة كلها اذ من المعلوم انه كثيرا ما تولد اطفال صحتهم بحسب الظاهر جيدة ثم يصيرون ضعافا مرضى دائما بسبب آفات اصيبوا بها فى سنهم الاول وابقت فيهم تنوعات عضوية او حيوية لم يمحها الزمن ولا تمحى ابدا فى بعض الاشخاص هذا ولا يليق بالطبيب الماهر ان يتمسك بظنون العامة وخرافاتهم مما يقولونه فى هذا الداء ونحوه من بقايا الجدرى والسعال الكلبى والنزلة الصدرية فان العامة تنسب لها آفات كثيرة وكيف يمكن ان يبقى كل من الرئة المتكبدة او الشعب المتقرحة حافظا زمنا طويلا لآثار تنوع مرضى عرض فى منسوجهما ولا يصيران بذلك اقل اهلية لاتمام وظائفهما اتماما خالصا تاما نعم يمكن ان ينسب للالتهابات الرئوية التى تظهر مدة الحياة داخل الرحم او بعد الولادة بيسير التنفسات القصيرة المكتومة والربو والسعال الموضعى ونحو ذلك مما يكون مع بعض الاشخاص من ابتداء حياتهم ويقولون ان معهم ذلك من صغرهم فهذا الفرض ربما كان قريبا للعقل اذا لوحظ ان اعضاءنا معرضة لآفات كثيرة تصيبها فى اللحظات الاول من تكوننا وتبقى الى زمن سقوطنا وسيأتى لنا الفروق التى تميز الالتهاب الرئوى عن الالتهاب البلوراوى عندما نتكلم على هذا الالتهاب الاخير

المطلب السادس
فى الالتهاب الشعبى اى النزلة الشعبية

قد يظهر هذا الداء بدون ان يعرف سببه والبنية المهيئة له هى الضعيفة الرخوة القليلة الدموية والحرارة الحيوية وكذا المترفعون فى التربية بحيث يصيرون اكثر قابلية لادنى تأثير من الاسباب وسيما اذا اصيبوا به مرات قبل ذلك والسبب الاعتيادى له هو البرد الرطب على الجسم كله او على جزء منه كاليدين او الرجلين او المنكبين او الصدر وسيما اذا كان تأثيره وقت ان كان الجسم حارا ولذلك يكثر وقت التقلبات الجوية كالربيع والخريف وكذلك الهواء البارد اذا لامس الغشاء المخاطى الشعبى والهواء الحار او المتحمل لغبار مهيج او غاز منبه واعراضه تختلف باعتبار شدته وادواره وقدمه والسن والمزاج وقد يحصل التهاب الشعب فى المولودين بدون ان ينتج منه اعراض واضحة فقد وجد بليار مرات كثيرة اواخر تفاريع الشعب شديدة الاحمرار وكانت مملوءة بمواد مخاطية ثخينة فى طفل مات بعد ولادته بثمانية ايام او عشرة ولم يكن عنده فى الحياة خرخرة ولا سعال ولكن الغالب عدم خفاء هذا الالتهاب وتكون اعراضه اسهل تشخيصا كلما بعد الطفل عن زمن الولادة ولنذكر مثالا فيه اعراض الشعبى الحاد جيدة البيان فى طفل عمره خمسة عشر يوما وكان جيد البنية والمزاج لم يمرض فى تلك الايام قط ففى الثانى والعشرين من نوفبر اعتراه سعال شديد مصحوب بخرخرة تسمع منه بدون اعانة المسماع وكان تنفسه سريعا انزعيا مع ان الصدر كان رنانا فى جميع جهاته وكان الجلد محرقا والنبض صغيرا شديد السرعة وظهر له فى الجزء الخلفى من الفخذين اريتيما (علاجه ماء الخبازا المصمغ ولعوق صدرى ولبن ممزوج) وفى السادس والعشرين كانت حالته كما سبق والوجه منتقع اللون اوذيماويا ولم ينم فى ذلك اليوم بل كثر صياحه وكلما حصل له السعال بقى بعده فى حالة اختناق مدة دقائق وفى الثامن والعشرين سمع التنفس فى الجهة اليمنى احسن من اليسرى حيث ينجع من القرع فيها بعض اصمية (والعلاج كما سبق) وفى التاسع والعشرين صار جلد الوجه والبدن منتقعا وظهرت الخرخرة

المخاطية جدا وصحب السعال الكثير اختناق قريب الوقوع وحصل للطفل انزعاج كثير وعرض ايضا اسهال غزير واسترخى بطنه واشتدت حرارة جلده حتى صارت محرقة وصغر نبضه لكن مع سرعة زائدة ثم مات فى مساء الثلاثين ولما اريد فتح جثته وجد كل من فمه ومريئه ممتقعا والمعدة منقبضة متكرشة محززة بحزوز حمر والرئة اليسرى مرشحة بالدم وجميع الفروع الشعبية محمرة منتفخة جدا من الباطن مملوءة بمواد مخاطية ثخينة خيطية محمرة والرئة اليمنى متلبكة ايضا وشعبها كشعب الرئة اليسرى محمرة مملوءة بمخاطية مصفرة ثخينة خيطية والقلب سليما والفتحات الجنينية لم تزل مطلوقة والمخ متينا وجميع المنسوجات عموما محتقنة بالدم السائل المزرق

فاذا عرض الالتهاب الشعبى بعد الالتهاب الرئوى كان الملتهب بالاكثر هو ادق تقاسيم الشعب بل يتفق ان لا تشترك فى الالتهاب الاقسام الاولية للشعب ولا القصبة الرئوية ثم مهما كان مجلس الالتهاب الشعبى قد يصحبه احيانا عوارض ثقيلة جدا ناشئة من العسر الذى يكابده الهواء فى نفوذه فى الرئتين قال بليار قد شاهدت فى كثير من الاطفال ان النزلة الشعبية حصل منها جميع الاعراض التى نسبها المؤلفون للنزلة المخنقة وجعلها اغرديان النتيجة الاعتيادية للترشح المصلى فى المنسوج الرئوى فالاختناق يظهر كونه نتيجة تنوعات كثيرة فى التهاب القنوات الهوائية الذى له اسباب كثيرة ويكفى لحصوله تعطل مرور الهواء حتى تنتج جميع العوارض للاختناق وقد شاهدنا سابقا عروض هذه الظاهرة المرضية كثيرا وذكرناها فى غير هذا المحل وبالجملة فاضعف الدرجات للعادة فى الاطفال المقدمين فى السن اى المميزين تقوم من سعال قليل وبحوحة ونفث بعض نخامات وفى درجة ارفع عن ذلك يكون السعال اقوى واكثر وفيه ايلام وتكون النخامة معدومة فى الايام الاول ثم تظهر وتكون مخاطية فيها بعض ثخن وتأخذ فى زيادة القوام كلما قلت كميتها والرئيس من تلك الاعراض فى هذا الحادهو السعال الذى يأتى نوبا فى الغالب ويصحبه الام شديدة وحس تمزق وحرارة فى القصبة وخلف القص واحيانا فى جميع الصدر

ويحصل من ذلك السعال احمرار الوجه وانتفاخه والتدمع وربما عسر اخراج
النخامة واذا خرجت كانت مخاطية متخللة لزجة رغوية مخططة احيانا بدم
والغالب ان يسبق هذا الالتهاب قشعريرة والم فى الحلق وزكام
واعراض المزمن ترجع الى سعال يأتى نوبا ويكون جافا اومصحوبا بنخامات كرية
صغيرة سنجابية لؤلؤية قوامها نشائى وتسمى بالنزلة الجافة وتارة يكون السعال
رطبا ويسمى ذلك بالنزلة الرطبة وتكون النخامة فى ذلك صفراء اوسنجابية
اوصديدية ويسمى ذلك بالنزلة المخاطية وقد تكون شفافة عديمة اللون خيطية
تشبه زلال البيض المحلول فى الماء ويسمى ذلك بالنزلة النخامية واذا كان السعال
يابسا كان احيانا مصحوبا بعسر التنفس ويرجع نوبا ويسمى ذلك بالربو الجاف وقد
لا يوجد شئ من هاتين الظاهرتين وانما يتميز بصفة الجفاف ويسمى ذلك عند
بعضهم بالسعال العصبى وكثيرا ما يكون الداء فى الاطفال مصاحبا لالتهاب
فى منسوج الرئة اولدرن فى الرئتين اواصل الشعب وفى جميع الاحوال يحصل
منه جملة عوارض خاصة تعرف بها وهى فى الاطفال الذين عمرهم من عشرة
اشهر الى سنة سعال مستمر وتعب فى التنفس وتواتر وكثرة لغطية فيه وخرخرة
مخاطية واضحة وحمى وحرارة مستدامة فى الجلد وانتقاع وانتفاخ فى الوجه
وكثيرا ما ينضم لهذه الاعراض التهاب تختلف شدته فى القناة الهضمية التى
غشاؤها المخاطى يفسد تركيبه ويذهب لونه بل يلين والنزلة الشعبية الحادة فى
المولودين قد تكون قصيرة المدة ويشاهد عروضها بدون سبب ظاهر وتزول
بنفسها فى بعض ايام فلا يكون لها غالبا من الاعراض الا الخرخرة المخاطية
او التنفس اللغطى القصير المتواتر جدا بدون خرخرة واضحة وتكون غالبا فى
المتقدمين فى السن اثقل واكثر استعصاء وتنتهى دائما ببقاء السعال فقد يبقى ذلك
السعال معهم احيانا سنين كاملة بحيث يجاوزون دور الارضاع بدون ان
يخلصوا منه وبدون ان يحصل منه فى صحتهم تغير عميق والغالب ان لا يشاهد فى
هذه النزلة فى الاطفال تعب ولا قلق اذا لم يوجد فيهم ضعف ولا هبوط ولا نحول
ولم تزل موجودة معهم الشهية والانبساط والحيوية الخاصة بسنهم والانتهاء

الغالب

الغـالب للالتهاب الشعبي هو التحلل قال بليار وقد وجدت مرة واحدة في جثة طفل لم اشاهده مدة حياته اوذيما واضحة في الشعب وفي آخر تصعدا دمويا كثيرا جدا وكان عمر كل منهما خمسة ايام وتشخيص الالتهاب الشعبي سواء الحاد والمزمن سهل بحسب الصفات التي ذكرناها وقد يعسر تشخيصه وسيما المزمن فلا يؤخذ من السعال ولا من النفث ولا من بقية الاعراض الموضعية والعامة صفات مميزة واصفة له لانها قد توجد في الالتهاب الرئوي والبلوراوي والسل الرئوي فيكون من المهم كشف اعراض اخر تميزه عن تلك الالتهابات الصدرية وذلك يكون بالسماع فالخرخرة هي الصفة الرئيسة التي يعرف بها ولا تخفى صفاتها حسبما اذكر في شرح الامراض عموما فتكون رنانية ثقيلة في الابتداء وتكون اكثر ثقلا ورنانية كلما كانت المادة المخاطية المنفرزة اقل وغشاء الجذوع الغليظة الشعبية اكثر انتفاخا فتكون كالصوت الغليظ للربابة فاذا كان مجلسها في فرع شعبي قريب من سطح الرئة احس من وضع اليد على ما حاذاه من جدران الصدر بشبه قشعريرة شبيهة باهتزاز وترمشدود والخرخرة التي تسمع تدل على السعة المشغولة بالالتهاب وتكون الخرخرة مخاطية اذا كثر افراز المخاط وتنشأ تلك الصفة من مرور الهواء في النخام المتجمع في الشعب ولكن ذلك لا يمنع سماع لغط التنفس وبذلك تتميز عن الخرخرة الخاصة بالتجاويف الدرنية ومع ذلك فالغالب وقوف التنفس في المحل الملتهب غيران هذا الوقوف برهي فيرجع التنفس حالا فجأة وكأن انسداده ناشئ من انسداد فرع شعبي بمخاط ثخين كثير بحيث يقطع مرور الهواء ويزول ذلك متى ازال النفث ذلك المانع والخرخرة المخاطية في الشعبي المزمن يندر استدامتها ولا تمنع سماع التنفس الذي لا يقف بالكلية كما في الشعبي الحاد والتنفس في الشعبي النخامي يسمع ايضا والخرخرة المصاحبة له تكون في الغالب شديدة الصفيرية والرنانية فتشبه تغريد الطيور وفي الشعبي الجاف لا يؤخذ من السماع علامة مخصوصة فيكون الصدر جيد الرنانية غيران التنفس يعسر سماعه من المحل المصاب وبهذا الفرق ربما سهل التشخيص وقد يعسر بل يتعذر تمييز الشعبي المزمن عن السل

الرئوى ولكن يصح ان يؤخذ من السماع صفة التمييز ايضا فاذابحث في المريض جملة ساعات مختلفة ولم يوجد معه التكلم الصدرى ولا خرخرة المادة الدرنية اللينة ولا التنفس القصبي في التقاعير الدرنية ولا الفقد الدائم للتنفس الدال على الاحتقانات الدرنية القليلة السعة ولم يسمع التنفس جيدا في جميع الرئة كان الغالب على الظن ان الداء انما هو نزلة مزمنة غير انه اذا حصل من الالتهاب الشعبي اتساع الشعب كان في التشخيص حينئذ ارتباك شديد والآلة ربما اوقعت في الخطا لكونها يسمع بها اذذاك التكلم الصدرى والخرخرة المخاطية الكبيرة القفاقيع والتنفس الكهفي كما في حالة التقعير الدرنى ولكن اذا لم يشاهد في هذا المريض الموجود فيه علامات التقعير الرئوى تواتر نبض ولا حرارة في الجلد ولا عطش ولا عرق ليلي مقصور على الرأس والصدر ولم يحصل له نحول ولم يظهر نقص في قواه وكان تنفسه قليل التعب جاز ان يحكم بان ليس معه تقعير درنى وانما معه مجرد اتساع في الشعب اما اذا كان معه ماسبق فانه يكون مصابا بالسل الدرنى فهذه هي العلامات المميزة للالتهاب الشعبي عن غيره

العلاج * الشعبي الخفيف الحاد يشفى غالبا بمراعاة الوسائط الصحية كالتدثر بالملابس والتحرز من البرد والرطوبة ويجتهد في شغل الطفل المقدم في السن عن كثرة الكلام والصياح لكن الغالب ان لا يكفى ذلك فيضطر لاستعمال منقوعات البنفسج والخبازى والخطمية ولسان الثور ولسان الحمل ونحو ذلك اولمطبوخ التمر اوالعناب اوالشعير المقشر اونحو ذلك وتحلى هذه المشروبات بالسكر اوالعسل اوشراب الصمغ اوالخطمية اونحوها وتستعمل هذه كلها فاترة ولاسيما في المساء لتثير العرق وكثيرا مايستعمل للمقدمين في السن في ابتداء الداء بعض معرقات كالمنقوع الحار للشاى ولسان الثور وزهر البلسان ولسان الكلب ونحو ذلك وتستعمل تلك الوسائط ايضا اذا كان الشعبي مصحوبا بحرارة عامة وتواتر في النبض واذا كانت الاعراض شديدة كان لا بأس بوضع بعض علق على حسب السن في المحل الذى فيه الخرخرة واضحة اوالمحاجم

التشريطية التى فصلها لاهنك على العلق وفى جميع الاحوال تستعمل ايضا بعض المشروبات الصدرية التى ذكرناها ويضاف لها اللعوقات وكذا الوضعيات المرخية للاطفال الكبار وبالجملة فعلاج هذا الداء كعلاج الالتهاب الرئوى والموصو لايضا بالمقيئات فى ابتداء الحاد ولكن نتائجها ضعيفة فالاولى تركها حينئذ لكن امر بعض الاطباء الآن بالايبكا كوانا بكمية قليلة جدا بحيث لايحصل منها النتائج المعروفة للقىء وقالوا انها نافعة فى تخليص الشعب من المواد فاذا امر بها على هذه الكيفية جاز ان لايحصل منها ضرر اذا كان الشعبى قليل الشدة ولم تكن المعدة ملتهبة ولكن اذا كانت الاطفال صغيرة جدا وشعبهم منسدة بالنخام الكثير المنفرز منها جاز ان تنال نتيجة عظيمة من استعمال شراب الايبكا كوانا ملعقة فلعقة حتى يحصل القىء ويصح ان يكرر ذلك مدة ايام لكن من المهم التروى على النتائج اذ لا يندر ظهور التهاب معدى من كثرة استعمال هذا الدواء

وعلاج الشعبى المزمن موسس على مثل معالجة الحاد ولا بأس فيه بالفصد الموضعى ان احتيج اليه لكن اغلب الاطباء لايستعملونه وانما يستعملون المشروبات الصمغية والصدرية التى ذكرناها والمصرفات كالمحاجم الجافة على الصدر والحراريق على الذراعين والدلك الجاف على جميع البدن ثم تغطيته بصوف المارينوس فاذا اعتق الداء فى الاطفال الكبار اضطر غالبا لرفض المشروبات الصمغية والتدبير الغذائى الدقيق واللبنى وابدل بمطبوخ الحزاز الازلندى والكينا ومنقوع الزوفا واستعمال الجواهر البلسمية ونحو ذلك ولكن يمنع استعمالها متى حصل منها ادنى ضرر قال بعض المحققين وقد استعملنا ذلك وما شاهدنا منه ضررا قط بل شاهدنا النجاح ومثل ذلك الايبكا كوانا والسكنجبين العنصلى والقرمز بكمية قليلة فانها قد تسهل النفث فى بعض المرضى بهذا الداء المزمن ومدح لاهنك قوة فاعلية المقيئات المتكررة فى النزلات العتيقة قال وسيما فى الاطفال قال بعض المحققين ويظهر لنا ان المريض اذا لم يكن معه حمى ومع ذلك لم يزل آخذا فى النحول بسبب النفث الكثير المخاطى لم يتوقف

فى اعطاء المقيئات له ونزيد على ذلك ان الابيكاكوانا هنا اولى من الطرطير المقئ لكونها اضعف تهييجا وفيها خاصة القبض الذى له بعض فاعلية

وقد يتفق احيانا ان ينقص النفث دفعة نقصا عظيما او يزول بالكلية وذلك عارض جديد للمريض يحدث عنه عادة عسر تنفس عظيم ناشئ من انتفاخ الغشاء المخاطى الشعبى والانسداد التام لبعض الانابيب الشعبية فاللازم حينئذ ان يعالج الداء كما فى الابتداء بالعلق والمشروبات الصدرية والمصرفات واما الاهنك فاوصى حينئذ بالسكنجبين العنصلى والابيكاكوانا والقرمز المعدنى بكمية قليلة فاذا لم ينجح ذلك امر كما فى النزلة اليابسة الاولية باستعمال الكلخ المسمى بالصمغ النوشادرى اذا كان هناك تشنج فى الفروع الشعبية وبالحمامات البحرية والقلوية الصناعية المصنوعة من كربونات البوتاسة او الصود ويوضع فى مشروب المريض بعض قمحات من كربونات الصود او البوتاس او النوشادر ولكن لا نسلم نفع هذه الوسائط لا فى الكبار ولا فى الصغار فلا تشفى الداء ولا تخففه وانما الذى نيل منه نتائج حميدة سريعة فى النزلة اليابسة الاولية والثانوية هو وضع العلق على جدران الصدر ويساعد ذلك بالمشروبات الصدرية والعرقات الاعتيادية او القرمزية الخفيفة ويتبع ذلك بالمصرفات

تتمة قال بليار استعمل هنا مع النجاح الحراريق بين المنكبين او على الذراعين خصوصا اذا صار الالتهاب مزمنا ويصح ان يجرب ايضا فى هذه الحالة بلسم الكوباى مستعملا بكمية بعض قمحات فى اليوم او بكمية كبيرة اذا تحملها سن الطفل فان الطبيب لروش الاميرقى نال منه نتائج نافعة والف رسالة فى ذلك تحتوى على مشاهدات مهمة ويتوقف تحقيق ذلك على التجربة وقد استخرج الطبيب تورن الخلاصة الراتنجية لهذا البلسم بحيث خلت من الزيت الطيار الذى يعطى لهذا البلسم الطعم والرائحة الكريهين مع بقاء خواصه فيها واستعمل هذه الخلاصة مع النجاح فى السيلان الابيض الزهرى فاظن انه لا بأس بتجربة استعمالها بدل البلسم نفسه اذا اريد الامر بها للاطفال المصابين بالشعبى المزمن الذى لم يشف بالوسائط المذكورة له

المطلب

المطلب السابع
في الالتهاب البلوراوي

يسمى عند القدماء والاورو بيين هذا الالتهاب بلوريزيا ولذا يوجد كذلك في كتاب بقراط ومعناها من اليونانية ذات الجنب وبهذا الاسم سمته العرب ثم كانوا يطلقونه على اى وجع كان في الجانب واما الآن فلا يطلق الا على التهاب البلورا لا غير وهو من الامراض المهمة التي تستدعي غاية انتباه الطبيب وحصوله للاطفال المولودين كثير وقد يظهر فيهم بدون ان تشترك الرئة في الالتهاب مع البلورا كما تدل عليه الامثلة الآتية نعم اكثر وجوده عموما يكون مع التهاب الرئة وكان كثيرا ما يعسر تمييزهما عن بعضهما فيطلقون على ذلك اسم الآفة الصدرية وانما اتضح تمييزهما باعمال بنيل وابحاثه على طبيعة تلك الداآت وسيما بعد ظهور القرع والاسماع وسنذكر هنا الفرق بين الداءين باوجز عبارة ثم ان هذا الالتهاب باعتبار سيره ومدته يصح ان ينقسم الى حاد ومزمن وكل منهما اذا وجد بدون الم قيل له البلوراوي الخفي وينقسم ايضا باعتبار سعته الى محدود ومزدوج باعتبار وجوده في جانب واحد او في الجانبين معا وينقسم بالنظر للتشريح المرضي الى التصاقي وغشائي كاذب ومصلي وصديدي وبالنظر الى اسبابه الى موضعي اولى وتابعي والتابعي يختلف الى تابع لالتهاب الرئة اوللدرنات اولداء في الكبد اولحمى اندفاعية كما في الحصبة والقرمزية والجدري وينقسم ايضا الى بسيط ومضاعف امابنزلة ويقال لهذا بلوراوي نزلي وهو الذي سماه بعض المؤلفين بالبلوراوي الرطب مقابلا بالبلوراوي اليابس اى الذي ليس معه نفث واما بالتهاب رئوي ويسمى بلوراوي رئوي اذا كان هو المتسلطن اورئوي بلوراوي اذا كان الرئوي هو المتسلطن وقد سبق لنا ذكر هذا الالتهاب المزدوج في شرح الالتهاب الرئوي واما الذي سماه بعض المؤلفين بالبلوراوي الصفراوي او العفن او الخبيث فان الاولى تنزيله غالبا على الرئوي او البلوراوي الرئوي الوبائي لا على البلوراوي الحقيقي

قال بليار قد شاهدت امثلة كثيرة لاطفال مولودين ماتوا بالتهاب بلوراوي

منفرد عن الالتهاب الرئوى فمنها ما سيذكر

بلوراوى حاد * طفل عمره يومان جاء لبيت اللقطاء فى الرابع عشر من نوفمبر وكان قوى البنية محمر الجسم تام الصياح ويضطرب على الدوام ولا يقطع الصياح وصار وجهه بنفسجيا مقطبا دائما ولم يذق النوم من الرابع عشر الى الخامس عشر لحظة ما ويظهر ان المه يزيد اذا وضع فى مهده اى على سريره وفى الخامس عشر وقت الصباح استدام على حالته السابقة وقرع على صدره فسمع صوت اصم فى جميع اجزائه وعند المساء حصل للطفل سقوط وهبوط وحركات نزع ثم مات ولما فتحت جثته فى اليوم التالى وجدت القناة الهضمية سليمة وكل من تجويفى الصدر محتويا على مقدار عظيم من مصل جيد الصفرة تسبح فيه ندف زلالية ولم يحصل اذ ذاك التصاق بين صفحتى البلورا وانما كانت الرئتان تتموجان فى الماء ووجدت الحافة الخلفية للرئة اليسرى فقط محتقنة قليلا والفوهات الجنينية لم تزل منفتحة واما المخ واغشيته فلم يوجد فيهما تغير فاذن يكون اضطراب الطفل ناشئا يقينا من وجود هذا الالتهاب البلوراوى وآلامه التى كانت تثقل عليه عند الاستلقاء على ظهره آتية من انصباب المصل اللبنى فى التجويف الصدرى فعلامات الالتهاب البلوراوى هنا كانت قليلة الوضوح ولذلك لم نذكر هذا المثال الا لاثبات ان الاضطراب والصياح والسهر والموت للمولود قد تنشأ احيانا من بلوراوى حاد ولكن ينبغى ان تعلم ان من العلامات الخاصة بهذا الداء اصمية صوت الصدر مع ان صياح هذا الطفل لم يتغير ومن ذلك يظن ان الداء اذا كان فى الصدر لم يلزم ان تكون الرئتان هما المجلس له لان الهواء كان ينفذ فيهما جيدا يدل على ذلك عدم تغير الصياح وبقاؤه على حالته الاعتيادية

واما المشاهدة الآتية فاعراض البلوراوى فيها اكمل ظهورا ووضوحا وهى ان طفلا عمره عشرة ايام قوى البنية محمر الجسم تظهر عليه العلامات الجيدة للصحة ولقح له الجدرى بعد ولادته بيومين فكانت ازراره صغيرة جدا والبثرات تكاد ان لا تظهر ولم يشاهد حولها الدائرة الالتهابية وحصل له منذ يومين

اسهال

أسهال مادة صفراء غزيرة فاوسل لبيت المرضى فى اليوم الثلاثين من اكتوبر فى المساء فكان وجهه بعد الاحمرار منتقعا مكرشا خصوصا وحشى الزاوية الوحشية للعينين وللجبهة وكان صياحه قليلا الا انه يئن كالذى فى النزع ونبضه صغيرا وليس فيه بالنظر لسرعته شئ غريب وفى اليوم الاول من نوفمبر كانت سحنته كما سبق وبردت اطرافه واشتدت الحرارة فى بدنه وصار الصوت الاصم من صدره واضحا جدا فى الجانب الايمن من الصدر وصياحه متعبا وقليل الثبات بدون ان يكون فيه خفاء فاذا امد الطفل وبحث فيه مدة تنفسه شوهد عسر تمدد الصدر وان حركات الحجاب الحاجز والجدران البطنية زائدة النمو (علاجه اللعوق والصمغ المحلى) وفى الرابع من نوفمبر عرض له قئ كثير وكان الصياح شاقا والاطراف باردة والوجه منتقعا لجناحى الانف اللذين يظهر عسر تمددهما وبقى الفم تارة مفتوحا نصف انفتاح وتارة ينفتح وينطبق على التعاقب مدة حركات التنفس ولم يسمع التنفس بالمسماع فى جزء من اجزاء الصدر مع ان الاصمية ليست كثيرة الوضوح خصوصا فى قمة الصدر (علاجه علقتان على الاجزاء الجانبية للصدر واللعوق) وفى الخامس حصل له هبوط عام وانتقاع زائد الحد ثم مات فى المساء ولما فتحت جثته وجد احتقان ضعيف فى قاعدة اللسان وفى المرئ حيث يوجد هناك بعض نقط من الموجيت ووجد لين فى الغشاء المخاطى للمعا الدقيق وكان فى الرئتين احمرار قليل واحتقان من مادة كثيرة مصلية رغوية تسيل من جميع الجهات اذا شقت ووجد فى الحافة الخلفية للرئة اليمنى اول درجة من التكبد وكانت البلورا من الجانبين مجلسا لنقط حمر كثيرة دقيقة ووجد نحو ملعقتين صغيرتين من مصل ند فى منصب فى كل تجويف صدرى وكانت قاعدة الرئتين ملتصقة بالحجاب الحاجز بواسطة اخيطة صغيرة زلالية ذات قوام ضعيف ولون ليمونى كالسائل المنصب ووجد المخ سليما الا ان بطيناته مملوءة بالمصل

فقد شاهدنا هنا الاضطراب والسحنة المعلنة بالالم وعسر التنفس والضجر الحادث من ذلك والصوت الاصم فى الصدر الآخذ فى الزيادة مع ان الصياح

لم يحصل فيه بتقدم الداء تغير تدريجي وشاهدنا ايضا الانتقاع والبرد فى الاطراف بخلاف حرارة البدن اى الجذع فانها كانت مرتفعة ولم نلتفت لحالة النبض لانه فى هذا الداء كما فى جميع امراض المولودين لا يؤخذ منه الاصفات غير يقينية وقليلة النفع بالنظر للتشخيص غير اننا اوان تمسكا بغاية الانتباه فى بيان هذه الاعراض الا انها ليست كافية بحيث نتوصل بها مباشرة الى تشخيص الالتهاب البلوراوى نهايته ان بها يغلب على الظن وجوده هذا ما يمكننا دراسته من تعيين مجلس هذا الداء حينما تكون المرضى من الاطفال على اسرتهم واما وجود هذا الداء الحاد فى الاطفال المميزين فيقرب من حالته فى الكبار البالغين فى الاسباب والعلامات وغيرهما من كونه يبتدأ بقشعريرة ثم الم فى الجانب وقد يحصل الالم مع القشعريرة معا وتلك حالة عسرة ربما اعلنت بالاختناق وقد لا يعرض الالم الا بعد الحمى بجملة ايام ثم تعرض الحرارة وبقية اعراض الحمى فيقصر التنفس ويسرع وينقطع بسبب الالم ويكون السعال يابسا واذا قرع على الصدر سمع صوت اصم فى الجانب المصاب ويسمع بالمسماع التنفس والصوت والسعال الصفيرى اى يسمع فى كل رد نفس رنانية الصوت والسعال كما يمر الهواء فى انبوبة النحاس ثم اذا صار الانصباب فى البلورا كثيرا لم يصل للاذن شئ من اللغط والغالب دوام الحمى مع النوب الليلية وكثيرا ما تتصف بالتردد واحيانا بالتقطع فتشبه الحمى الخبيثة البلوراوية ومن الخامس الى التاسع تزول الحمى بدون بحران او مع بحران ويزول الم الجانب وبقية اعراض الحمى فيصير النفث سهلا وتستيقظ الشهية ويدخل المريض حينئذ فى النقاهة فهذه هى الاعراض الغالبة للبلوراوى الحاد فى المميزين كما فى الكبار واما تفصيلها فالم الجانب هو العلامة الوحيدة الدائمة التى تثير الصياح والغالب ان يكون مجلسه تحت الثدى فى محاذاة الارتباطات الجانبية للحجاب الحاجز وربما قيل انه ناتج من احتكاك البلور الضلعية بالبلورا الرئوية وان هذا الاحتكاك يكون اعظم فى محاذاة الجزء السفلى من الرئة منه فى بقية اجزائها مع ان هذا الالم قد يوجد فى محل آخر غير المحل الذى عيناه فقد شوهد فى القسم

القطنى

القطنى والقسم الثديى والقسم تحت القص وفى محاذاة الضلع الثانى والثالث
وفى المنكب ثم هذا الالم قد يكون دائما وقد يكون برهيا او احيانا متقطعا
وتختلف شدته فقد يشتد حتى يهدد باختناق المريض من ادنى حركة وتظهر حالة
ذلك فى وجهه وقد لا يوجد الالم من اصله ويسمى الداء حينئذ بالبلوراوى الخفى
بحيث لا يمكن معرفته بدون القرع او الاسماع وفى تلك الحالة اوصى بحليفى
بان يؤمر المريض بالاضطجاع على جانب ثم على الآخر ويتنفس تنفسا كبيرا
ويسعل ويسأل هل أحس بالم او ثقل فى بعض محال من احد الجانبين فان قال
نعم جزمنا بان مجلس البلوراوى فى ذلك المحل الذى احس فيه بذلك واما التنفس
فيكون قصيرا متقطعا متواترا والغالب ان سرعة التنفس تكون على حسب
شدة الالم وربما اخذ من سرعة التنفس وجود الالتهاب البلوراوى اذا لم يكن
هناك الم حتى ان الطبيب الماهر قد يميز الالتهاب بمجرد رؤيته حركات الصدر
وذكروا من العلامات للبلوراوى عدم تحرك الصدر فى الجانب المريض لكن
هذه العلامة ضعيفة والاستلقاء على الظهر هو العلامة الاعتيادية للبلوراوى
الحاد وقد يحصل الاضطجاع احيانا على الجانب السليم لا على الجانب المريض
اصلا اقله مع وجود الوجع بخلاف المزمن فانه اذا كان الانصباب كثيرا لم يتيسر
للمريض النوم على الظهر ولا على الجانب الذى هو مجلس للانصباب اذ من
المعلوم ان رئة الجانب المريض فى المزمن من حيث انها ليست اهلا للتنفس
يلزم ان تبدل برئة الجانب السليم فلذلك يضطر للازمة وضع يتسع فيه الجانب
السليم حسبما امكن واما السعال فيوجد غالبا ويكون يابسا مكتوما يجتهد
المريض فى كتمه بسبب الالم الذى يوجد معه وقد يخرج مع السعال بعض مخاطية
من القصبة او الشعب ومصاحبة هذا الداء للنزلة من المضاعفات الثقيلة بسبب
السعال المؤلم الذى يصحبه التهاب الغشاء المخاطى وقد لا تظهر ظاهرات النزلة
الا فى حال هبوط الاعراض الحادة للبلوراوى فاذا كانت النخامة شفافة لزجة
ملتصقة بالاناء وملونة بالدم كان من الواضح اصابة منسوج الرئة ويكون هناك
بلوراوى رئوى واما الحمى فقد تسبق ظهور الداء بيومين او ثلاثة وتذهب قبل

ذهاب الاعراض الموضعية للداء

واما الصفات التشخيصية المأخوذة من القرع فنقول فيها انه يسمع من الصدر صوت اصم فى البلوراوى كما يسمع فى الرئوى غير ان الاصمية تختلف فيهما فاولا الاختلاف فى المجلس على حسب هيئة المريض فالاصمية فى البلوراوى تنشأ من الانصباب وتشغل اميل المحال وتختلف بحسب وضع المريض واما فى الرئوى فتنشأ من تيبس الرئة ومحل ذلك لا يختلف ولا يتعلق بوضع المريض وثانيا سرعة ظهور الاصمية فى البلوراوى نظرا لسرعة حصول الانصباب فقد شوهد ظهورها بعد ابتداء الداء بثنتى عشرة ساعة واكد ذلك ايضا بالتجربة على الحيوانات بخلافها فى الرئوى فانها بطيئة الظهور وتكون تدريجية كتدريج تيبس منسوج الرئة وثالثا سعة الاصمية وشدتها فى البلوراوى فتكون فيه اتم واوسع لانه يكفى يومان بل اربع وعشرون ساعة لامتلاء التجويف الصدرى بالانصباب

واما الصفات التشخيصية المأخوذة من الاسماع للبلوراوى فتختلف باختلاف كثرة الانصباب فان كان قليلا قبلت الاذن وقت اخراج النفس احساسا يصح ان يسمى بالنفخ الصفيرى لانه يشبه عمود هواء ينفخ فى الاذن من انبوبة نحاس وذلك النفخ يكون نخعيا ويكون كل من الصوت والسعال صفيريا نخعيا ايضا ولذلك شبه لاهنك هذا الصوت النخعى بصوت المعز وسماه بالكلام المعزى وينسب ذلك الصوت النخعى حسبما يظن لتموجات السائل البلوراوى المضطرب من اهتزازات الشعب والمنسوج الرئوى فاذا كان الانصباب عظيما كانت الرئة بعيدة عن جدران الصدر بمسافة ما فلا يسمع اللغط مدة التنفس ولا مدة تقاطيع مخارج الصوت

فبالنظر للاسماع قد يشتبه البلوراوى اما بالرئوى واما بوجود كهف واحد او كهوف فى الرئة وها هى الصفات الرئيسة المميزة ففى الرئوى مع التيبس يوجد كما فى البلوراوى التنفس الصفيرى والصوت الصفيرى والسعال الصفيرى لكن هذه الصفات لا توجد الا فى دور التيبس بعد جملة ايام من الخرخرة القرقعية

واما النفخ الصفيرى والصوت الصفيرى فيظهران من الابتداء فى البلوراوى وماعدا ذلك توجد فى الرئوى الخرخرة القرقعية غالبا فى حدود الجزء المتيبس بل وفى محاذاته ويكون كل من النفخ الصفيرى والصوت الصفيرى والتنفس الصفيرى فى البلوراوى تخعيا وتكون هذه نقية سليمة فى الرئوى والصوت الصفيرى فى الرئوى هو الذى عبرعنه لاهنك بالصوت الشعبى اعنى رنانية الصوت فى تفاريع الشعب المبحوث فيها بالسماع فى الحالة السليمة والتنفس فى حالة وجود الكهف الرئوى يوجد فيه النفخ الصفيرى الذى يصح ان يسمى بالنفخ الكهفى بسبب صفته وكونه متحدا فى الغالب مع الخرير الناتج من وجود مخاط اوصديد فى هذه الكهوف ويوجد فى السعال والصوت رنين على حسب سعة الكهف وكثافة جدرانه وذلك هو ما يقال له الصوت الصفيرى والسعال الصفيرى الكهفيان وهذه الظاهرة التى هى رنين الصوت والسعال فى كهوف المسلولين سماها لاهنك بالتكلم الصدرى فهذه الكلمات الثلاث اعنى الصوت المعزى والصوت الشعبى والتكلم الصدرى انما هى شئ واحد وهو رنانية الصوت والسعال فى الانابيب الشعبية وتحويلها للاذن بواسطة منسوج الرئة الذى صار غيرقابل لنفوذ الهواء فيه فالصوت المعزى انما هو الصوت الشعبى الخفى والتكلم الصدرى انما هو الصوت الشعبى الذى تحصل فيه الرنانية من جدران كهف فاعرف ذلك ولاتشتبه عليك هذه الاسماء الثلاثة المختلفة التى استعملت للتعبير عن ظاهرة واحدة متنوعة فقد ابدلناها بعبارة كثيرة الاستعمال مقبولة يفهم منها المشاهد المعنى المراد وهى التعبير بالصوت والسعال الصفيريين فبواسطة العلامات المأخوذة من الاسماع والقرع يمكن معرفة الالتهاب البلوراوى والفرق بينه وبين امراض الرئة وسيما الالتهاب الرئوى ونزيد فى ايضاح المقام بالاختصار ونقول قد يشتبه البلوراوى بالالم الصدرى المسمى بلورودينيا وبالالتهاب الرئوى ففى الالم الصدرى يوجد الم فى الجانب كما فى البلوراوى لكن لا يوجد مع ذلك حمى ويسمع من الصدر بالقرع صوت طبيعى وبالاسماع لغط حوصلى اذا قهر المريض

الالم وفى البلوراوى يوجد الم الجانب وحمى مسبوقة بقشعريرة ويمكن ان تفقد القشعريرة من العلامات الواصفة لهذا الداء ولا يوجد كما قال بجليني بلوراوى كاذب يبتدأ بدون قشعريرة وتوجد اصمية فى الصدر وتنفس وصوت وسعال موصوفة بكونها فيرية نخعية اذا كان الانصباب قليل العظم وفقد تام للغط التنفس اذا كان الانصباب عظيما بل متى وجد الم الجانب مع حمى مسبوقة بقشعريرة حكم بالبلوراوى ولو مع عدم وجود الاعراض الموضعية الاخر لان الغالب انها لم تلبث قليلا حتى تظهر واما فى الرئوى فلا يوجد الم الجانب ولا عسر التنفس الذى يدركه المريض والالتهاب البلوراوى الخفى هو الذى يحصل بدون الم وذلك هو اكثر انواع هذا الالتهاب وهو قد يكون حادا او مزمنا ويوجد وحده او مع غيره وهو الذى قد يحصل فيه اشتباه التشخيص قال كروفليير وقد اتفق انه خفى على جملة ايام وذلك ان بنتا صغيرة عمرها عشر سنين حصل لها حمى حادة مع مغص واسهال فظننت ان ذلك تهيج من تهيجات الامعاء فامرت لها بماء الارز وضمادات وحقن مرخية ففى اليوم التالى نقصت الحمى وفى اليوم الثالث قامت الطفلة ولعبت مع اخواتها وان كان معها بعض من آثار الحمى فقطعت عيادتى عنها فبعد خمسة ايام ارسل لى اهلها من جديد فرأيت الطفلة مفارقة لسريرها ووجهها منتقعا وهى نحيلة واطرافها باردة وحرارة بدنها محرقة ومعها عطش ومن ادنى حركة يحصل فى نبضها وتنفسها سرعة غريبة فظننت وجود التهاب بلوراوى وقرعت الجزء الخلفى من الصدر من فوق الملابس فعرفت اصمية واضحة جدا فى الجهة اليمنى فعريت الطفلة وبحثت فيها وهى على السرير فتأكد عندى وجود هذا الالتهاب فى الجهة اليمنى من الاصمية الواضحة فى هذه الجهة كلها ومن التنفس الصفيرى والصوت الصفيرى والسعال الصفيرى النخعية كلها فسألت الطفلة حينئذ عن محل الالم فاخبرتنى انه فى الجانب وانما يظهر عند العطاس وفى مدة حركات الانحناء الجانبى للصدرى وكفى لعلاج هذه الطفلة السكون والحمية وحراقة على الجانب فشفيت بذلك شفاء سريعا وكثيرا ما يموت بهذا الداء الاطفال

الصغار

الصغار فى السن

ولهم انواع كثيرة للالتهاب البلوراوى باعتبار الجزء المشغول بالالتهاب لا حاجة لنا هنا بالاطالة بها فلنشرع فى البلوراوى المزمن

الالتهاب البلوراوى المزمن * قال بليار قد ينتقل البلوراوى الحاد الى الحالة المزمنة حتى فى الاطفال الصغار جدا ويحصل منه تغير فى المنسوج نظير ما يشاهد فى البالغين فمن ذلك مشاهدة طفلة انثى صغيرة عمرها ثلاثة اشهر ولم تزل من ابتداء ولادتها مريضة ضعيفة كثيرة الصياح منتقعة اللون وبسبب ذلك دخلت بيت المرضى مرات كثيرة ولم يظهر فيها الا اعراض مبهمة حتى ماتت فى الثامن عشر من افريل بعد ان وصلت لاعلى درجة من الهبوط التدريجى ولم يعرض لها الاسهال الا فى الايام الاواخر ولا كابدت حمى مع ان تنفسها كان قصيرا ولم يشاهد فى نغمة صياحها تغير حتى قال الموكلون بها انها ماتت بالضعف ولما فتحت جثتها وجد المعا الدقيق احمر منتفخا مملوءا بدم مسود كثير تجمد الى خلط ووجد المعا الغليظ سليما وانما وجد التهاب رئوى قوى الشدة فى الجانب الايسر فكانت البلورا الضلعية والرئوية مغشاة بطبقة من اللنفا الالتصاقية التى سمكها خط ونصف ولما رفعت هذه الطبقة وجدت البلورا تحتها كانها خشنة شديدة الاحتقان واما منسوج الرئة تحتها فكان شديد التفرقع وفى غاية السلامة ولما قطعت الرئة بالعرض شوهد فى دائرة العضو خط احمر واضح فاصل بين البلورا الملتهبة والمنسوج الرئوى ووجد كل من القلب والاوعية الغليظة خاليا من الدم والفتحات الجنينية منسدة والمخ فى غاية السلامة وتحتوى بطيناته على قليل من المادة المصلية

فقد شاهدنا من ذلك ان حالة الضعف والنحول كانت متعلقة بهذا البلوراوى الخفى الذى تقدم انه اهلكت هذه الطفلة لكن ينبغى فى رأينا طفلا آخذا فى الذبول والنهول ينبغى ان نبحث مع غاية الانتباه هل هذه الحالة ناشئة من آفة عضوية خفية ام لا ولا نترك المريض ونفسه اهمالا واطمئنانا فربما انتهت هذه الحالة بحالة محزنة اذا لم نبحث بانتباه عن سببها ومجلسها وطبيعتها وبالجملة

ليس تشخيص البلوراوى المزمن فى الاطفال الصغار سهلا ولكن يمكن ظن وجوده اذا رأينا قلقا عظيما واضطرابا وتعسرا فى التنفس وتمددا شاذا فى جدران الصدر وانقباضات سريعة واضحة جدا فى الحجاب الحاجز والعضلات البطنية ورأينا مع هذه الاعراض سلامة الصياح اى عدم وجود تغير فيه سوى التعب والهبوط قال المؤلف والقرع والاسماع لا يعينان فى الحالة التى نحن بصددها اعانة قوية وانما يفيد ان الشك ومع ذلك اذا لم يسمع التنفس فى جزء من اجزاء الصدر وان كان الصياح تاما مطلوقا جاز ان يظن وجود انصباب بدون تكبد فى رئة هذا الطفل وانه يقربه للعقل اصابته بالتهاب بلوراوى ولكن قد علمت ان هذا كله ظنى ولذلك نعيد الكلام ونقول ان تشخيص البلوراوى فى الاطفال الرضع عسر دائما ويسهل اشتباهه بالالتهاب الرئوى لكن من السعد ان هذا الغلط ليس مضرا للمريض لان المعالجة واحدة تناسب كلا من المرضين

واما البلوراوى المزمن فى الاطفال المتقدمين فى السن فلا يصحبه ايضا الم ولا حمى ولا يقهر المرضى على ملازمة السرير ولكن لا يزال النحول آخذا فى السرعة فيهم ويكون معهم انتفاع الوجه وتغير السحنة وذهاب اللون وبرودة الاطراف مع حرارة اجزاء البدن المغطاة بالملابس وتواتر النبض من ادنى انزعاج وقصر التنفس وسرعته من ادنى حركة وعدم الشهية اوضعفها وعسر الهضم المصاحب غالبا للحمى لكن تزايد الاعراض بالليل يوقظ انتباه الطبيب الماهر لان يبحث فى الصدر والقرع والاسماع فيهم يعينان على التشخيص ويكونان على جميع اجزاء الصدر من ترقوته الى قاعدته فيسمع منه صوت شديد الاصمية وفقد تام للغط التنفس وصوت التكلم ماعدا الجزء الخلفى وجانبى العمود الفقرى وتقسيم الشعب فانما يسمع هناك التنفس الصفيرى والصوت الصفيرى هذا ولا يمكن اشتباه البلوراوى المزمن الا بالرئوى المزمن غير ان قياس سعة الصدر الغير النافع فى البلوراوى الحاد له دخل عظيم هنا فى كمال التشخيص لان كروفلبير قال انى لم اشاهد ابدا هذا الداء المزمن بدون تضايق او اتساع فى النصف المحاذى لذلك من الصدر ويفعل ذلك القياس بخيط

او شريط

اوشريط يوضع طرفه على الخط المتوسط فى محاذاة قاعدة النتو الخنجرى والطرف الثانى على السلسلة وجعل بعضهم الوضع من وسط القص الى السلسلة وعلى كل حال اذا كان هناك بلوراوى مزمن لم يمتص سائله يوجد حجم نصف الصدر المحاذى للجانب المريض ازيد فى الاتساع بقيراط اوقيراط ونصف اوقيراطين وبندربا كثر من ذلك عن حجم النصف الآخر المقابل له فان كان البلوراوى المزمن فى حدود الشفاء هبط الجانب المريض وانخسفت الاضلاع وانخفض عظم الكتف وتقوست السلسلة وذلك هو مايحصل كثيرا للصبيان واما حس تموج السائل المنصب فى البلورا حيث يدرك من مصادمة السائل للمحل المقابل للجزء المقروع من الصدر كما يحس بذلك فى التجويف البطنى فيمنع منه وجود الاضلاع والتوتر الاعتيادى للاخلية التى بينها ومثل ذلك ايضا هزة بقراط التى لاتنفع ولاتحرض لغطاخريرياداالاعلى الانصباب الافيما اذا كان فى تجويف البلورا غاز وسائل معا واما اضطجاع المريض فى هذا المزمن فيحتاج للانتباه عكس ماشاهدناه فى الحاد لان الاضطجاع يحصل هنا غالبا على الجانب المريض وتوضيح ذلك سهل اذا اعتبران التنفس يحصل بالجانب السليم فقط بخلاف المريض فانه ليس اهلا للتنفس واما عسر التنفس فناتج اولا من كمية السائل المنصب وثانيا من سرعة تكون الانصباب وثالثا من السلامة التامة اوالغير التامة لرئة الجانب المقابل والغالب ان البلوراوى الخالى عن الحمى هو المصاحب لانصباب مصلى وغشائى كاذب والذى معه الحمى هو المصاحب للانصباب الصديدى

ومدة البلوراوى المزمن تختلف من ستة اسابيع الى سنة بل اكثر وكثيرا ماينتهى بالموت وذلك يكون اولا بالضعف التدريجى كانتهاء المسلولين كما شاهدنا ذلك فى الطفل السابق وثانيا بالاختناق كالمصابين بمرض القلب وقد ينتهى بالشفاء وذلك بكيفيات كثيرة فاولا بالامتصاص التدريجى للسائل المنصب وللاغشية الكاذبة اوبصيرورة هذه الاغشية آلية وثانيا باستفراغ السائل من الخارج سواء فعل ذلك من الشعب اومن فتحة صناعية اوانفتحت من ذاتها من الصدر

كما شوهد كل ذلك والتشريح المرضى للالتهاب البلوراوى هو الاحتقانات والالتصاقات وانصباب السائلات فى تجويف البلورا صافية كانت او متكدرة والاغشية الكاذبة المتكونة والصديد والدم والغازات وغير ذلك

ومعالجة البلوراوى مؤسسة على ما اسس عليه علاج جميع الالتهابات وتختلف باختلاف الالتهاب وادوار الداء ومضاعفاته ومزاج المريض وسنه وغير ذلك من الاحوال المعروفة وبالجملة لا تختلف عن معالجة الرئوى الا فى اشياء يسيرة فيبتدأ اذا كان الطفل مقدما فى السن بالاستفراغات الدموية سواء بالفصد او العلق او المحاجم فيوضع العلق على المحل المتألم ويصح وضع المحاجم على محال العلق ليسيل بعض دم منها لكن اذا كان الطفل صغيرا اقتصر على وضع العلق منتشرا على الصدر فيوضع له من اربع علقات الى ثمان وبعد العلق توضع الضمادات المرخية وتكون حرارتها مقبولة وتحفظ فيها تلك الحرارة باى واسطة كانت ويعطى للمريض المشروبات التى تنوع بحسب ذوقه ولا بأس بالمتخذة من الازهار الاربعة الصدرية وهى زهر الخبازى والبنفسج والبيدة البيضاء والخشخاش البرى محلى ذلك بالعسل او بشراب كزبرة البئر واما المقيئات فغير مناسبة خلافا لما كانت تراه القدماء بخلاف الملينات الخفيفة اى المسهلات بلطف كالمن ودهن الخروع حيث يؤمر بها للكبار فى الايام الاول وتجدد زمنا فزمنا لما ان المهم فى الداء الذى عرضه الرئيس هو عسر التنفس ان يحفظ البطن مطلوقا فى مدة سيره والحراريق لا توضع عموما فى الازمنة الاول من الداء وانما توضع بعد تقدم الداء وتكون على الصدر لا على محل آخر كالذراعين والساقين اذ لا نفع لها حينئذ كما تحقق ذلك بالمشاهدة ويستعمل على محل الالم فى الاطفال الكبار الدلك بدهن اللوز الحلو واللودنوم والضمادات المرشوش عليها اللودنوم واذا كان الطفل عصبيا ويستشعر بشدة الالم اعطى له من الباطن المسكنات واذا ذهبت الحمى وابتدأ الامتصاص كفى التدبير المناسب فانه يوصل لشفاء سريع غير ان هذا الامتصاص بطيء ويعين عليه استعمال بلوع يركب للكبار من قمحتين من الكالوميلاس وقمحة من

بصل العنصل وربع قمحة من مسحوق الديجتال وكمية كافية من شراب مناسب وتنوع المقادير بحسب السن ويستعمل فى اليوم مرة اومرتين ويوضع مع ذلك ايضا على الجانب حراقة تحفظ حتى يتم الشفاء ومدح بعض الاطباء الدلك الزيبق واستعمال ملح البارود بكمية وافية وخلات البوتاسة ولابأس بتجربة ذلك مع الاحتراس ولتكن الحمية فى العلاج قاسية فى الدور الاول اى دور الحمى ثم تخفف بعد زوالها وفى مدة الامتصاص وربما اضطر لعملية البزل بالشروط المعروفة فى الجراحة

وعلاج البلوراوى المزمن يقوم من التدبير الغذائى ومن المصرفات الجلدية والمدرات والمسهلات التى يقال لها مغيرة واذا خيف الاختناق فعل البزل والتدبير الغذائى يكون على حسب قوة الهضم ولتكن السكنى فى مكان جاف والملابس على الرأس والقدمين من الصوف ويدلك الجسم بروخات منبهة ولاسيما صبغة العنصل والديجتال وكذا الرياضة المناسبة وذكروا من جملة الوسائط الخزام بدل الحراقة غيرانه قد يرفض بسبب الالم الذى يسببه وانما الحراقة هى المصرف الجلدى الذى يستعمل غالبا ويصح ان تجدد فى كل خمسة عشر يوما وتنقل على جميع سطح الصدر واما المدرات والمسهلات فمن الوسائط المتوسطة القوة للامتصاص فى كثير من احوال المزمن واستعمل كروفليير هنا البلوع السابقة فى الحاد وكثيرا ما امر بالممزوج الآتى المركب للكبار البالغين من درهم اودرهمين من صبغة الصبر وعشرين نقطة من صبغة العنصل وعشرين نقطة من صبغة الديجتال وينوع مقدارها للاطفال على حسب سنهم ويستعمل على الريق فى الصباح فى كل يومين او ثلاثة فقد نجح استعمال ذلك مع مرضى كانوا مهيئين للاختناق وجزم هذا الطبيب بفعل عملية البزل لهم فلما استعمل لهم هذا المركب تحرض الامتصاص فيهم واغناهم عن مكابدة العملية فان احتاج الامر لفعل العملية فعلت كما قلنا نهاية ما نقول هنا اختار كروفليير تبعا لدبويترن البزل بالبازلة وان يستفرغ السائل كله خلافا لدبويترن القائل باستفراغ بعضه نعم لابد من دخول الهواء فى محله لكن متى استخرجت

لم يحصل فيه بتقدم الداء تغير تدريجي وشاهدنا ايضا الانتقاع والبرد في الاطراف
بخلاف حرارة البدن اى الجذع فانها كانت مرتفعة ولم نلتفت لحالة النبض
لانه في هذا الداء كما في جميع امراض المولودين لا يؤخذ منه الاصفات غير
يقينية وقليلة النفع بالنظر للتشخيص غيرانا اوان تمسكا بغاية الانتباه في بيان
هذه الاعراض الا انها ليست كافية بحيث نتوصل بها مباشرة الى تشخيص
الالتهاب البلوراوى نهايته ان بها يغلب على الظن وجوده هذا ما يمكننا دراسته
من تعيين مجلس هذا الداء حينما تكون المرضى من الاطفال على اسرتهم
واما وجود هذا الداء الحاد في الاطفال المميزين فيقرب من حالته في الكبار
البالغين في الاسباب والعلامات وغيرهما من كونه يبتدأ بقشعريرة ثم الم
في الجانب وقد يحصل الالم مع القشعريرة معا وتلك حالة عسر ربما اعلنت
بالاختناق وقد لا يعرض الالم الا بعد الحمى بجملة ايام ثم تعرض الحرارة وبقية
اعراض الحمى فيقصر التنفس ويسرع وينقطع بسبب الالم ويكون السعال
يابسا واذا قرع على الصدر سمع صوت اصم في الجانب المصاب ويسمع بالمسماع
التنفس والصوت والسعال الصفيرى اى يسمع في كل رد نفس رنانية الصوت
والسعال كما يمر الهواء في انبوبة النحاس ثم اذا صار الانصباب في البلورا كثيرا
لم يصل للاذن شئ من اللغط والغالب دوام الحمى مع النوب الليلية وكثيرا
ما تتصف بالتردد واحيانا بالتقطع فتشبه الحمى الخبيثة البلوراوية ومن الخامس
الى التاسع نزول الحمى بدون بحران او مع بحران ونزول الم الجانب وبقية
اعراض الحمى فيصير النفث سهلا وتستيقظ الشهية ويدخل المريض حينئذ
في النقاهة فهذه هي الاعراض الغالبة للبلوراوى الحاد في المميزين كما في الكبار
واما تفصيلها فالم الجانب هو العلامة الوحيدة الدائمة التي تثير الصياح والغالب
ان يكون مجلسه تحت الثدى في محاذاة الارتباطات الجانبية للحجاب
الحاجز وربما قيل انه ناتج من احتكاك البلورا الضلعية بالبلورا الرئوية وان هذا
الاحتكاك يكون اعظم في محاذاة الجزء السفلى من الرئة منه في بقية اجزائها
مع ان هذا الالم قد يوجد في محل آخر غير المحل الذى عيناه فقد شوهد في القسم

القطنى

القطنى والقسم الثديى والقسم تحت القص وفى محاذاة الضلع الثانى والثالث
وفى المنكب ثم هذا الالم قد يكون دائما وقد يكون برهيا واحيانا متقطعا
وتختلف شدته فقد يشتد حتى يهدد باختناق المريض من ادنى حركة وتظهر حالة
ذلك فى وجهه وقد لا يوجد الالم من اصله ويسمى الداء حينئذ بالبلوراوى الخفى
بحيث لا يمكن معرفته بدون القرع او الاسماع وفى تلك الحالة اوصى بجليق
بان يؤمر المريض بالاضطجاع على جانب ثم على الآخر ويتنفس تنفسا كبيرا
ويسعل ويسأل هل أحس بالم او ثقل فى بعض محال من احد الجانبين فان قال
نعم جزمنا بان مجلس البلوراوى فى ذلك المحل الذى احس فيه بذلك واما التنفس
فيكون قصيرا متقطعا متواترا والغالب ان سرعة التنفس تكون على حسب
شدة الالم وربما اخذ من سرعة التنفس وجود الالتهاب البلوراوى اذا لم يكن
هناك الم حتى ان الطبيب الماهر قد يميز الالتهاب بمجرد رؤيته حركات الصدر
وذكروا من العلامات للبلوراوى عدم تحرك الصدر فى الجانب المريض لكن
هذه العلامة ضعيفة والاستلقاء على الظهر هو العلامة الاعتيادية للبلوراوى
الحاد وقد يحصل الاضطجاع احيانا على الجانب السليم لا على الجانب المريض
اصلا اقله مع وجود الوجع بخلاف المزمن فانه اذا كان الانصباب كثيرا لم يتيسر
للمريض النوم على الظهر ولا على الجانب الذى هو مجلس للانصباب اذ من
المعلوم ان رئة الجانب المريض فى المزمن من حيث انها ليست اهلا للتنفس
يلزم ان تبدل برئة الجانب السليم فلذلك يضطر للازمة وضع يتسع فيه الجانب
السليم حسبما امكن واما السعال فيوجد غالبا ويكون يابسا مكتوما يجتهد
المريض فى كتمه بسبب الالم الذى يوجد معه وقد يخرج مع السعال بعض مخاطية
من القصبة او الشعب ومصاحبة هذا الداء للنزلة من المضاعفات الثقيلة بسبب
السعال المؤلم الذى يصحبه التهاب الغشاء المخاطى وقد لا تظهر ظاهرات النزلة
الا فى حال هبوط الاعراض الحادة للبلوراوى فاذا كانت النخامة شفافة لزجة
ملتصقة بالاناء وملونة بالدم كان من الواضح اصابة منسوج الرئة ويكون هناك
بلوراوى رئوى واما الحمى فقد تسبق ظهور الداء بيومين او ثلاثة وتذهب قبل

ذهاب الاعراض الموضعية للداء

واما الصفات التشخيصية المأخوذة من القرع فنقول فيها انه يسمع من الصدر صوت اصم فى البلوراوى كما يسمع فى الرئوى غير ان الاصمية تختلف فيهما فاولا الاختلاف فى المجلس على حسب هيئة المريض فالاصمية فى البلوراوى تنشأ من الانصباب وتشغل اميل المحال وتختلف بحسب وضع المريض واما فى الرئوى فتنشأ من تيبس الرئة ومحل ذلك لا يختلف ولا يتعلق بوضع المريض وثانيا سرعة ظهور الاصمية فى البلوراوى نظرا لسرعة حصول الانصباب فقد شوهد ظهورها بعد ابتداء الداء بثنتى عشرة ساعة واكد ذلك ايضا بالتجربة على الحيوانات بخلافها فى الرئوى فانها بطيئة الظهور وتكون تدريجية كتدريج تيبس منسوج الرئة وثالثا سعة الاصمية وشدتها فى البلوراوى فتكون فيه اتم واوسع لانه يكفى يومان بل اربع وعشرون ساعة لامتلاء التجويف الصدرى بالانصباب

واما الصفات التشخيصية المأخوذة من الاسماع للبلوراوى فتختلف باختلاف كثرة الانصباب فان كان قليلا قبلت الاذن وقت اخراج النفس احساسا يصح ان يسمى بالنفخ الصفيرى لانه يشبه عمود هواء ينفخ فى الاذن من انبوبة نحاس وذلك النفخ يكون نخعيا ويكون كل من الصوت والسعال صفيريا نخعيا ايضا ولذلك شبه لاهنك هذا الصوت النخعى بصوت المعز وسماه بالكلام المعزى ونسب ذلك الصوت النخعى حسبما يظن لتموجات السائل البلوراوى المضطرب من اهتزازات الشعب والمنسوج الرئوى فاذا كان الانصباب عظيما كانت الرئة بعيدة عن جدران الصدر بمسافة ما فلا يسمع اللغط مدة التنفس ولا مدة تقاطيع مخارج الصوت

فبالنظر للاسماع قد يشتبه البلوراوى اما بالرئوى واما بوجود كهف واحد او كهوف فى الرئة وها هى الصفات الرئيسة المميزة ففى الرئوى مع التيبس يوجد كما فى البلوراوى التنفس الصفيرى والصوت الصفيرى والسعال الصفيرى لكن هذه الصفات لا توجد الا فى دور التيبس بعد جملة ايام من الخرخرة القرقعية

واما النفخ الصفيرى والصوت الصفيرى فيظهران من الابتداء فى البلوراوى وماعدا ذلك توجد فى الرئوى الخرخرة القرقعية غالبا فى حدود الجزء المتيبس بل وفى محاذاته ويكون كل من النفخ الصفيرى والصوت الصفيرى والتنفس الصفيرى فى البلوراوى نخعيا وتكون هذه نقية سليمة فى الرئوى والصوت الصفيرى فى الرئوى هو الذى عبر عنه لاهنك بالصوت الشعبى اعنى رنانية الصوت فى تفاريع الشعب المبحوث فيها بالسماع فى الحالة السليمة والتنفس فى حالة وجود الكهف الرئوى يوجد فيه النفخ الصفيرى الذى يصح ان يسمى بالنفخ الكهفى بسبب صفته وكونه متحدا فى الغالب مع الخرير الناتج من وجود مخاط او صديد فى هذه الكهوف ويوجد فى السعال والصوت رنين على حسب سعة الكهف وكثافة جدرانه وذلك هو ما يقال له الصوت الصفيرى والسعال الصفيرى الكهفيان وهذه الظاهرة التى هى رنين الصوت والسعال فى كهوف المسلولين سماها لاهنك بالتكلم الصدرى فهذه الكلمات الثلاث اعنى الصوت المعزى والصوت الشعبى والتكلم الصدرى انما هى شئ واحد وهو رنانية الصوت والسعال فى الانابيب الشعبية وتحويلها للاذن بواسطة منسوج الرئة الذى صار غير قابل لنفوذ الهواء فيه فالصوت المعزى انما هو الصوت الشعبى الخفى والتكلم الصدرى انما هو الصوت الشعبى الذى تحصل فيه الرنانية من جدران كهف فاعرف ذلك ولا تشتبه عليك هذه الاسماء الثلاثة المختلفة التى استعملت للتعبير عن ظاهرة واحدة متنوعة فقد ابدلناها بعبارة كثيرة الاستعمال مقبولة يفهم منها المشاهد المعنى المراد وهى التعبير بالصوت والسعال الصفيرين فبواسطة العلامات المأخوذة من الاسماع والقرع يمكن معرفة الالتهاب البلوراوى والفرق بينه وبين امراض الرئة وسيما الالتهاب الرئوى ونزيد فى ايضاح المقام بالاختصار ونقول قد يشتبه البلوراوى بالالم الصدرى المسمى بلورودينيا وبالالتهاب الرئوى ففى الالم الصدرى يوجد الم فى الجانب كما فى البلوراوى لكن لا يوجد مع ذلك حمى ويسمع من الصدر بالقرع صوت طبيعى وبالاسماع لغط حوصلى اذا قهر المريض

الالم وفى البلوراوى يوجد الم الجانب وحمى مسبوقة بقشعريرة ويمكن ان تعد القشعريرة من العلامات الواصفة لهذا الداء ولا يوجد كما قال بجليني بلوراوى كاذب يبتدأ بدون قشعريرة وتوجد اصمية فى الصدر وتنفس وصوت وسعال موصوفة بكونها صفيرية نخعية اذا كان الانصباب قليل العظم وتفقد تام للغط التنفس اذا كان الانصباب عظيما بل متى وجد الم الجانب مع حمى مسبوقة بقشعريرة حكم بالبلوراوى ولو مع عدم وجود الاعراض الموضعية الاخر لان الغالب انها لم تلبث قليلا حتى تظهر واما فى الرئوى فلا يوجد الم الجانب ولا عسر التنفس الذى يدركه المريض والالتهاب البلوراوى الخفى هو الذى يحصل بدون الم وذلك هو اكثر انواع هذا الالتهاب وهو قد يكون حادا او مزمنا ويوجد وحده او مع غيره وهو الذى قد يحصل فيه اشتباه التشخيص قال كروفلير وقد اتفق انه خفى على جملة ايام وذلك ان بنتا صغيرة عمرها عشر سنين حصل لها حمى حادة مع مغص واسهال فظننت ان ذلك تهيج من تهيجات الامعاء فامرت لها بماء الارز وضمادات وحقن مرخية ففى اليوم التالى نقصت الحمى وفى اليوم الثالث قامت الطفلة ولعبت مع اخواتها وان كان معها بعض من آثار الحمى فقطعت عيادتى عنها فبعد خمسة ايام ارسل لى اهلها من جديد فرأيت الطفلة مفارقة لسريرها ووجهها منتقعا وهى نحيلة واطرافها باردة وحرارة بدنها محرقة ومعها عطش ومن ادنى حركة يحصل فى نبضها وتنفسها سرعة غريبة فظننت وجود التهاب بلوراوى وقرعت الجزء الخلفى من الصدر من فوق الملابس فعرفت اصمية واضحة جدا فى الجهة اليمنى فعريت الطفلة وبحثت فيها وهى على السرير فتأكد عندى وجود هذا الالتهاب فى الجهة اليمنى من الاصمية الواضحة فى هذه الجهة كلها ومن التنفس الصفيرى والصوت الصفيرى والسعال الصفيرى النخعية كلها فسألت الطفلة حينئذ عن محل الالم فاخبرتنى انه فى الجانب وانما يظهر عند العطاس وفى مدة حركات الانحناء الجانبى للصدرى وكفى لعلاج هذه الطفلة السكون والحمية وحراقة على الجانب فشفيت بذلك شفاء سريعا وكثيرا ما يموت بهذا الداء الاطفال

الصغار

الصغار فى السن

ولهم انواع كثيرة للالتهاب البلوراوى باعتبار الجزء المشغول بالالتهاب لا حاجة لنا هنا بالاطالة بها فلنشرع فى البلوراوى المزمن

الالتهاب البلوراوى المزمن * قال بليار قد ينتقل البلوراوى الحاد الى الحالة المزمنة حتى فى الاطفال الصغار جدا ويحصل منه تغير فى المنسوج نظير ما يشاهد فى البالغين فمن ذلك مشاهدة طفلة انثى صغيرة عمرها ثلاثة اشهر ولم تزل من ابتداء ولادتها مريضة ضعيفة كثيرة الصياح منتقعة اللون وبسبب ذلك دخلت بيت المرضى مرات كثيرة ولم يظهر فيها الا اعراض مبهمة حتى ماتت فى الثامن عشر من افريل بعد ان وصلت لاعلى درجة من الهبوط التدريجى ولم يعرض لها الاسهال الا فى الايام الاواخر ولا كابدت حمى مع ان تنفسها كان قصيرا ولم يشاهد فى نغمة صياحها تغير حتى قال الموكلون بها انها ماتت بالضعف ولما فتحت جثتها وجد المعا الدقيق احمر منتفخا مملوءا بدم مسود كثير تجمد الى خلط ووجد المعا الغليظ سليما وانما وجد التهاب رئوى قوى الشدة فى الجانب الايسر فكانت البلورا الضلعية والرئوية مغشاة بطبقة من اللنفا الالتصاقية التى سمكها خط ونصف ولما رفعت هذه الطبقة وجدت البلورا تحتها كانها خشنة شديدة الاحتقان واما منسوج الرئة تحتها فكان شديد التقرقع وفى غاية السلامة ولما قطعت الرئة بالعرض شوهد فى دائرة العضو خط احمر واضح فاصل بين البلورا الملتهبة والمنسوج الرئوى ووجد كل من القلب والاوعية الغليظة خاليا من الدم والفتحات الجنينية منسدة والمخ فى غاية السلامة وتحتوى بطيناته على قليل من المادة المصلية

فقد شاهدنا من ذلك ان حالة الضعف والنحول كانت متعلقة بهذا البلوراوى الخفى الذى تقدم انه اهلكت هذه الطفلة لكن يعطى فتى رأينا طفلا آخذا فى الذبول والنهوك ينبغى ان نبحث مع غاية الانتباه هل هذه الحالة ناشئة من آفة عضوية خفية ام لا ولا نترك المريض ونفسه اهمالا واطمئنانا فربما انتهت هذه الحالة بحالة محزنة اذا لم نبحث بانتباه عن سببها ومجلسها وطبيعتها وبالجملة

الالم وفى البلوراوى يوجد الم الجانب وحمى مسبوقة بقشعريرة ويمكن ان تفقد القشعريرة من العلامات الواصفة لهذا الداء ولا يوجد كما قال بجليني بلوراوى كاذب يبتدأ بدون قشعريرة وتوجد اصمية فى الصدر وتنفس وصوت وسعال موصوفة بكونها فيرية نخعية اذا كان الانصباب قليل العظم وفقد تام للغط التنفس اذا كان الانصباب عظيما بل متى وجد الم الجانب مع حمى مسبوقة بقشعريرة حكم بالبلوراوى ولو مع عدم وجود الاعراض الموضعية الاخر لان الغالب انها لم تلبث قليلا حتى تظهر واما فى الرئوى فلا يوجد الم الجانب ولا عسر التنفس الذى يدركه المريض والالتهاب البلوراوى الخفى هو الذى يحصل بدون الم وذلك هو اكثر انواع هذا الالتهاب وهو قد يكون حادا او مزمنا ويوجد وحده او مع غيره وهو الذى قد يحصل فيه اشتباه التشخيص قال كروفلبير وقد اتفق انه خفى على جملة ايام وذلك ان بنتا صغيرة عمرها عشر سنين حصل لها حمى حادة مع مغص واسهال فظننت ان ذلك تهيج من تهيجات الامعاء فامرت لها بماء الارز وضمادات وحقن مرخية ففى اليوم التالى نقصت الحمى وفى اليوم الثالث قامت الطفلة ولعبت مع اخواتها وان كان معها بعض من آثار الحمى فقطعت عيادتى عنها فبعد خمسة ايام ارسل لى اهلها من جديد فرأيت الطفلة مفارقة لسريرها ووجهها منتقعا وهى نحيلة واطرافها باردة وحرارة بدنها محرقة ومعها عطش ومن ادنى حركة يحصل فى نبضها وتنفسها سرعة غريبة فظننت وجود التهاب بلوراوى وقرعت الجزء الخلفى من الصدر من فوق الملابس فعرفت اصمية واضحة جدا فى الجهة اليمنى فعريت الطفلة وبحثت فيها وهى على السرير فتأكد عندى وجود هذا الالتهاب فى الجهة اليمنى من الاصمية الواضحة فى هذه الجهة كلها ومن التنفس الصفيرى والصوت الصفيرى والسعال الصفيرى النخعية كلها فسألت الطفلة حينئذ عن محل الالم فاخبرتنى انه فى الجانب وانما يظهر عند العطاس وفى مدة حركات الانحناء الجانبى للصدرى وكفى لعلاج هذه الطفلة السكون والحمية وحراقة على الجانب فشفيت بذلك شفاء سريعا وكثيرا ما يموت بهذا الداء الاطفال

الصغار

الصغار فى السن

ولهم انواع كثيرة للالتهاب البلوراوى باعتبار الجزء المشغول بالالتهاب لا حاجة لنا هنا بالاطالة بها فلنشرع فى البلوراوى المزمن

الالتهاب البلوراوى المزمن * قال بليار قد ينتقل البلوراوى الحاد الى الحالة المزمنة حتى فى الاطفال الصغار جدا ويحصل منه تغير فى المنسوج نظير ما يشاهد فى البالغين فمن ذلك مشاهدة طفلة انثى صغيرة عمرها ثلاثة اشهر ولم تزل من ابتداء ولادتها مريضة ضعيفة كثيرة الصياح منتقعة اللون وبسبب ذلك دخلت بيت المرضى مرات كثيرة ولم يظهر فيها الا اعراض مبهمة حتى ماتت فى الثامن عشر من افريل بعد ان وصلت لاعلى درجة من الهبوط التدريجى ولم يعرض لها الاسهال الا فى الايام الاواخر ولا كابدت حمى مع ان تنفسها كان قصيرا ولم يشاهد فى نغمة صياحها تغير حتى قال الموكلون بها انها ماتت بالضعف ولما فتحت جثتها وجد المعا الدقيق احمر منتفخا مملوءا بدم مسود كثير تجمد الى خلط ووجد المعا الغليظ سليما وانما وجد التهاب رئوى قوى الشدة فى الجانب الايسر فكانت البلورا الضلعية والرئوية مغشاة بطبقة من اللينفا الالتصاقية التى سمكها خط ونصف ولما رفعت هذه الطبقة وجدت البلورا تحتها كانها خشنة شديدة الاحتقان واما منسوج الرئة تحتها فكان شديد التشرع فى غاية السلامة ولما قطعت الرئة بالعرض شوهد فى دائرة العضو خط احمر واضح فاصل بين البلورا الملتهبة والمنسوج الرئوى ووجد كل من القلب والاوعية الغليظة خاليا من الدم والفتحات الجنينية منسدة والمخ فى غاية السلامة وتحتوى بطيناته على قليل من المادة المصلية

فقد شاهدنا من ذلك ان حالة الضعف والنحول كانت متعلقة بهذا البلوراوى الخفى الذى تقدم انه اهلكت هذه الطفلة لكن ببطئ فمتى رأينا طفلا آخذا فى الذبول والنهوك ينبغى ان نبحث مع غاية الانتباه هل هذه الحالة ناشئة من آفة عضوية خفية ام لا ولا نترك المريض ونفسه اهمالا واطمئنانا فربما انتهت هذه الحالة بحالة محزنة اذا لم نبحث بانتباه عن سببها وعن مجلسها وطبيعتها وبالجملة

ليس تشخيص البلوراوى المزمن فى الاطفال الصغار سهلا ولكن يمكن ظن وجوده اذا رأينا قلقا عظيما واضطرابا وتعسرا فى التنفس وتمددا شاغا فى جدران الصدر وانقباضات سريعة واضحة جدا فى الحجاب الحاجز والعضلات البطنية ورأينا مع هذه الاعراض سلامة الصياح اى عدم وجود تغير فيه سوى التعب والهبوط قال المؤلف والقرع والاستماع لا يعينان فى الحالة التى نحن بصددها اعانة قوية وانما يفيد ان الشك ومع ذلك اذا لم يسمع التنفس فى جزء من اجزاء الصدر وان كان الصياح تاما مطلوقا جاز ان يظن وجود انصباب بدون تكبد فى رئة هذا الطفل وانه يقرب للعقل اصابته بالتهاب بلوراوى ولكن قد علمت ان هذا كله ظنى ولذلك نعيد الكلام ونقول ان تشخيص البلوراوى فى الاطفال الرضع عسر دائما ويسهل اشتباهه بالالتهاب الرئوى لكن من السعد ان هذا الغلط ليس مضرا للمريض لان المعالجة واحدة تناسب كلا من المرضين

واما البلوراوى المزمن فى الاطفال المتقدمين فى السن فلا يصحبه ايضا الم ولا حمى ولا يقهر المرضى على ملازمة السرير ولكن لا يزال النحول آخذا فى السرعة فيهم ويكون معهم انتقاع الوجه وتغير السحنة وذهاب اللون وبرودة الاطراف مع حرارة اجزاء البدن المغطاة بالملابس وتواتر النبض من ادنى انزعاج وقصر التنفس وسرعته من ادنى حركة وعدم الشهية اوضعفها وعسر الهضم المصاحب غالبا للحمى لكن تزايد الاعراض بالليل يوقظ انتباه الطبيب الماهر لان يبحث فى الصدر والقرع والاستماع فيهم يعينان على التشخيص ويكونان على جميع اجزاء الصدر من ترقوته الى قاعدته فيسمع منه صوت شديد الاصمية وفقد تام للغط التنفس وصوت التكلم ماعدا الجزء الخلفى وجانبى العمود الفقرى وتقسيم الشعب فانما يسمع هنالك التنفس الصفيرى والصوت الصفيرى هذا ولا يمكن اشتباه البلوراوى المزمن الا بالرئوى المزمن غيران قياس سعة الصدر والغير النافع فى البلوراوى الحاد له دخل عظيم هنا فى كمال التشخيص لان كروفلير قال انى لم اشاهد ابدا هذا الداء المزمن بدون تضايق اواتساع فى النصف المحاذى لذلك من الصدر ويفعل ذلك القياس بخيط

اوشريط

اوشريط يوضع طرفه على الخط المتوسط فى محاذاة قاعدة النتو الخنجرى
والطرف الثانى على السلسلة وجعل بعضهم الوضع من وسط القص الى السلسلة
وعلى كل حال اذا كان هنالك بلوراوى مزمن لم يمتص سائله يوجد حجم نصف
الصدر المحاذى للجانب المريض ازيد فى الاتساع بقيراط اوقيراط ونصف
اوقيراطين ويندر ما كثر من ذلك عن حجم النصف الآخر المقابل له فان كان
البلوراوى المزمن فى حدود الشفاء هبط الجانب المريض وانخسفت الاضلاع
وانخفض عظم الكتف وتقوست السلسلة وذلك هو ما يحصل كثيرا للصبيان
واما حس تموج السائل المنصب فى البلورا حيث يدرك من مصادمة السائل
للمحل المقابل للجزء المقروع من الصدر كما يحس بذلك فى التجويف البطنى فيمنع
منه وجود الاضلاع والتوتر الاعتيادى للاخلية التى بينها ومثل ذلك ايضا
هزة بقراط التى لا تنفع ولا تحرض لغطا خرير يا دالا على الانصباب الافيما اذا كان
فى تجويف البلورا غاز وسائل معا واما اضطجاع المريض فى هذا المزمن
فيحتاج للانتباه عكس ماشاهدناه فى الحاد لان الاضطجاع يحصل هنا غالبا
على الجانب المريض وتوضيح ذلك سهل اذا اعتبر ان التنفس يحصل بالجانب
السليم فقط بخلاف المريض فانه ليس اهلا للتنفس واما عسر التنفس فناتج
اولا من كمية السائل المنصب وثانيا من سرعة تكون الانصباب وثالثا من
السلامة التامة او الغير التامة لرئة الجانب المقابل والغالب ان البلوراوى
الخالى عن الحمى هو المصاحب لانصباب مصلى وغشائى كاذب والذى معه
الحمى هو المصاحب للانصباب الصديدى
ومدة البلوراوى المزمن تختلف من ستة اسابيع الى سنة بل اكثر وكثيرا ما ينتهى
بالموت وذلك يكون اولا بالضعف التدريجى كانتهاء المسلولين كما شاهدنا ذلك
فى الطفل السابق وثانيا بالاختناق كالمصابين بمرض القلب وقد ينتهى بالشفاء
وذلك بكيفيات كثيرة فاولا بالامتصاص التدريجى للسائل المنصب وللاغشية
الكاذبة او بصيرورة هذه الاغشية آلية وثانيا باستفراغ السائل من الخارج
سواء فعل ذلك من الشعب او من فتحة صناعية او انفتحت من ذاتها من الصدر

كما شوهد كل ذلك والتشريح المرضى للالتهاب البلوراوى هو الاحتقانات والالتصاقات وانصباب السائلات فى تجويف البلورا صافية كانت او متكدرة والاغشية الكاذبة المتكونة والصديد والدم والغازات وغير ذلك

ومعالجة البلوراوى مؤسسة على ما اسس عليه علاج جميع الالتهابات وتختلف باختلاف الالتهاب وادوار الداء ومضاعفاته ومزاج المريض وسنه وغير ذلك من الاحوال المعروفة وبالجملة لا تختلف عن معالجة الرئوى الا فى اشياء يسيرة فيبتدأ اذا كان الطفل مقدما فى السن بالاستفراغات الدموية سواء بالفصد او العلق او المحاجم فيوضع العلق على المحل المتألم ويصح وضع المحاجم على محال العلق ليسيل بعض دم منها لكن اذا كان الطفل صغيرا اقتصر على وضع العلق منتشرا على الصدر فيوضع له من اربع علقات الى ثمان وبعد العلق توضع الضمادات المرخية وتكون حرارتها مقبولة وتحفظ فيها تلك الحرارة باى واسطة كانت ويعطى للمريض المشروبات التى تتنوع بحسب ذوقه ولا بأس بالمتخذة من الازهار الاربعة الصدرية وهى زهر الخبازى والبنفسج والبيدة البيضاء والخشخاش البرى محلى ذلك بالعسل او بشراب كزبرة البئر واما المقيئات فغير مناسبة خلافا لما كانت تراه القدماء بخلاف الملينات الخفيفة اى المسهلات بلطف كالمن ودهن الخروع حيث يؤمر بها للكبار فى الايام الاول وتجدد زمنا فزمنا لما ان المهم فى الداء الذى عرضه الرئيس هو عسر التنفس ان يحفظ البطن مطلوقا فى مدة سيره والحراريق لا توضع عموما فى الازمنة الاول من الداء وانما توضع بعد تقدم الداء وتكون على الصدر لا على محل آخر كالذراعين والساقين اذ لا نفع لها حينئذ كما تحقق ذلك بالمشاهدة ويستعمل على محل الالم فى الاطفال الكبار الدلك بدهن اللوز الحلو واللودنوم والضمادات المرشوش عليها اللودنوم واذا كان الطفل عصبيا ويستشعر بشدة الالم اعطى له من الباطن المسكنات واذا ذهبت الحمى وابتدأ الامتصاص كفى التدبير المناسب فانه يوصل لشفاء سريع غير ان هذا الامتصاص بطيء ويعين عليه استعمال بلوع يركب للكبار من قمحتين من الكالوميلاس وقمحة من

بصل العنصل وربع قمحة من مسحوق الديجتال وكمية كافية من شراب مناسب وتنوع المقادير بحسب السن ويستعمل فى اليوم مرة اومرتين ويوضع مع ذلك ايضا على الجانب حراقة تحفظ حتى يتم الشفاء ومدح بعض الاطباء الدلك الزيبقى واستعمال ملح البارود بكمية وافية وخلات البوتاسة ولا بأس بتجربة ذلك مع الاحتراس ولتكن الحمية فى العلاج قاسية فى الدور الاول اى دور الحمى ثم تخفف بعد زوالها وفى مدة الامتصاص وربما اضطر لعملية البزل بالشروط المعروفة فى الجراحة

وعلاج البلوراوى المزمن يقوم من التدبير الغذائى ومن المصرفات الجلدية والمدرات والمسهلات التى يقال لها مغيرة واذا خيف الاختناق فعل البزل والتدبير الغذائى يكون على حسب قوة الهضم ولتكن السكنى فى مكان جاف والملابس على الرأس والقدمين من الصوف ويدلك الجسم بروخات منبهة ولاسيما صبغة العنصل والديجتال وكذا الرياضة المناسبة وذكروا من جملة الوسائط الحزام بدل الحراقة غير انه قد يرفض بسبب الالم الذى يسببه وانما الحراقة هى المصرف الجلدى الذى يستعمل غالبا ويصح ان تجدد فى كل خمسة عشر يوما وتنقل على جميع سطح الصدر واما المدرات والمسهلات فمن الوسائط المتوسطة القوة للامتصاص فى كثير من احوال المزمن واستعمل كروفلير هنا البلوع السابقة فى الحاد وكثيرا ما امر بالممزوج الآتى المركب للكبار البالغين من درهم اودرهمين من صبغة الصبر وعشرين نقطة من صبغة العنصل وعشرين نقطة من صبغة الديجتال وينوع مقدارها للاطفال على حسب سنهم ويستعمل على الريق فى الصباح فى كل يومين او ثلاثة فقد نجح استعمال ذلك مع مرضى كانوا مهيئين للاختناق وجزم هذا الطبيب بفعل عملية البزل لهم فلما استعمل لهم هذا المركب تحرض الامتصاص فيهم واغناهم عن مكابدة العملية فان احتاج الامر لفعل العملية فعلت كما قلنا نهاية ما نقول هنا اختار كروفلير تبعا الدوبيترن البزل بالبازلة وان يستفرغ السائل كله خلافا لدوبيترن القائل باستفراغ بعضه نعم لا بد من دخول الهواء فى محله لكن متى استخرجت

البارزة لم يمكن دخوله والمقدار القليل الذى دخل منه وقت العملية يمتص حالا واما الزروقات المرخية اونحوها مما اوصى به كثير من الاطباء فلا بأس بها وذلك ان بعضهم اعتبرها منظفة وبعضهم مهيجة لتنبه الالتصاق واستعمل ربكمير الزروقات بقصد التحرز عن دخول الهواء فى تجويف البلورا لحفظها هذا التجويف فى حالة امتلاء دائم قال كروفليير وخطر دخول الهواء فى بلورا ملتهبة التهابا مزمنا يظهر لى انه ليس كبير شئ كما قالوا

الفصل الرابع
فى اوذيما الرئتين

لما كان هذا الداء كثيرا ما يعرض بعد الالتهاب الرئوى او البلوراوى اخرناه عنهما وحقيقته انه ترشح مصلى فى المنسوج الخلوى للرئتين وقسم الى قسمين رئيسين على حسب كونه ناشئا من افراط افراز المصل فى خلايا المنسوج الخلوى للرئتين او من مانع منع امتصاص المصل الذى يندى على الدوام السطح الباطن للخلايا المذكورة ثم ان هذا الداء يندر ان يكون موضعيا اوليا وانما الغالب عروضه مع استسقاآت اخر فى الذين معهم استعداد لذلك وكذلك عروضه بعد الالتهاب الرئوى او البلوراوى المزمنين واحيانا يعرض فى اواخر هذه الالتهابات التى يصح ان يعتبر هذا من انتهاآتها المحزنة قال بليار كثيرا ما وجدت الرئتين اوذيماويتين فى حالة اوذيما المنسوج الخلوى اى تيبسه فكانتا فى حالة شبيهة بما يوجد فى بقية الاعضاء ثم قال وكثيرا ما وجدت كمية عظيمة من مصل فى رئتى اطفال لم يكن معهم فى حياتهم شئ من الاعراض المخصوصة بجانب الصدر فاذن يقرب للعقل ان هذه الاوذيما تحصل احيانا وقت النزع فتكون ظاهرة رمية والغالب انها تكون حينئذ جزئية وتشغل كالاحتقان الدموى المصاحب لها الجزء السفلى الخلفى من الرئتين وظن لاهنك ان تحلل الالتهاب الرئوى يكون دائما مصحوبا بدرجة من الاوذيما وكذا ان الذين وجد فيهم اوذيما الرئتين العامة القوية الشدة كان موتهم بعد ان حصل لهم التهاب رئوى ثقيل بزمن يسير وان التنفس الانتصابى الاختناقى الذى يعرض احيانا للاطفال بعد الحصبة

ليس ناشئا الا من اوذيما موضعية فى الرئة (التنفس الانتصابى هو الذى لا يتأتى لصاحبه ان يتنفس الا اذا كان جالسا لا مستلقيا ولا مضطجعا) لكن قال بوليود لا ادرى على اى شئ اسس لاهنك هذا الزعم ولكن نقول كثيرا ما يوجد فى فتح الميتين بالالتهاب الرئوى احتقان الرئة بمصل ممزوج بدم

واما الصفات التشريحية لهذه الاوذيما على حسب ما ذكره لاهنك فانه اذا كانت الاوذيما شاغلة لجميع الرئة وكان فيها بعض عتاقة يكون منسوج الرئة سنجابيا منتقعا او مصفرا مزعفرا منتقعا وليس فيها شئ من لونها الطبيعى اعنى الوردى الخفيف وتكون اوعيتها اكثر اتساعا من العادة ومنسوج الرئة اكثف واثقل واقل استرخاء ومرونة ومن الصفات التشريحية ايضا انها تحفظ انطباع الاصبع كما اذا كانت الاوذيما فى الاطراف مثلا ولكن بدرجة خفيفة فاذا شق المنسوج الرئوى وضغط بين الاصابع سال منه مصل كثير كما يسيل الماء من الاسفنج المبتل وذلك المصل عديم اللون او فيه قليل تزعفر او اصفرار ويكون شفافا او رغويا واما المصل الذى يخرج بالضغط من الرئة فى الالتهاب الرئوى الذى فى الدرجة الاولى فيكون شديدا لدموية ويكون فى المنسوج احمرار لا يوجد فى الاوذيما قال لاهنك وليس بنادر ان يشاهد اثر التهاب رئوى من الدرجة الاولى بل والثانية حول هذه المحال الاوذيماوية

والعلامات المأخوذة من تعب التنفس المصحوب او الغير المصحوب بالسعال مبهمة ومثل ذلك ايضا النفث اذا كان موجودا فانه يكون فى الغالب مصليا قليل الرغوية اذا كانت الاوذيما بسيطة مع انه يكون كذلك ايضا فى النزلة التى سماها بعض المؤلفين بالنخامية ثم القرع فى هذا النوع من النزلة يسمع منه صوت اعتيادى واما فى اوذيما الرئة فيكون الصوت اقل خفاء على حسب درجة الداء واما الاسماع فيؤخذ منه واسطتان لمعرفة الاوذيما فى الرئة وذلك لان التنفس الحوصلى يكون اضعف من الحالة الاعتيادية وان كان هناك تمدد الصدر عنيفا ويكون كما فى الالتهاب الرئوى الذى فى الدرجة الاولى مصحوبا بخرخرة فرقعية مع ان هذه الخرخرة كما قال لاهنك اقل يبسا من خرخرة الالتهاب

الرئوى الذى فى الدرجة الاولى والفقاقيع مع ذلك اكثر رطوبة واكبر حجما وقد يتعسر كما قال لاهنك تمييز هذين الداءين عن بعضهما بالسماع ويضطر للنظر فى الاعراض العامة فان كانت الاوذيما عظيمة السعة والشدة نقصت رنانية الصدر نقصا عظيما ويظهر فى تلك الحالة قليل من الصوت الشعبى خصوصا فى اصل الرئة ولكن طول دوام الخرخرة القرقعية وفقد العلامات العامة للالتهاب يميزهما غالبا اوذيما الرئة عن الالتهاب الرئوى الذى فى الدرجة الاولى حتى فى الاحوال التى اجتمع فيها هذان الداآن معا وبالجملة هذا الداء مهما كان سببه يحصل منه عوارض ثقيلة وقد شرح غرديان اعراضه مع غاية الانتباه ونخص منها بالذكر كما قال بليار السعال والعسر الزائد للتنفس والاختناق القريب الحصول فان الاطفال الذين شاهدتهم ورأيت معهم الاعراض التى ذكر غرديان انها نتيجة الاوذيما وجدت فيهم مرارا كثيرة الرئتين مرشحة بالمصل ولكن كان ذلك مصاحبا معهم لالتهاب رئوى اوبلوراوى اوشعبى بحيث لم يتيسر لى ان انسب لوجود المصل وحده هذه العوارض المذكورة وعلى كل حال اذا امكن فى الاطفال الصغار تمييز اوذيما الرئتين عن الالتهاب الرئوى والبلوراوى يكون الغالب على الظن ان وضع حراقة على الاطراف اوالصدر انفع من الاستفراغات الدموية ولا بأس باستعمال ما اوصوا به ايضا من بعض مسهلات ومن السكنجبين العنصلى بكمية نصف اوقية فى اربع اواق من اى حامل كان

الفصل الخامس
فى السعال الكابى

يسمى ايضا بالسعال التشنجى وهو صنف من النزلة الرئوية يعرف بنوب من السعال الشديد متقطعة باخذ نفس شديد الرنانية ومنتهية بتقايى مادة زلالية

الاسباب ملخص ماذكره دوجيس فى بعض كتبه ان هذا الداء وان اصيب به البالغون احيانا الا ان اصابته للاطفال اكثر فيصح اعتباره من خصوصياتهم

ومع

ومع ذلك حصوله مدة الرضاع اندر من حصوله فى آخر التسنين الاول والتسنين الثانى والغالب كونه وبائيا ويتسلطن بالاكثر تسلطنا شديدا فى الفصول الباردة الرطبة وقد يكون وفديا فيحصل حينئذ عقب نزلة رئوية عارضة وانتقال هذا الداء بالعدوى ليس اكيدا الا اذا كان شديدا وبائيا كما تحقق ذلك بالمشاهدات اذ كثيرا ما اتفق انتقاله من طفل الى بقية اطفال العائلة بل ولمن هو بعيد عنه متى اجتمع معه فى محل واحد بعض مرات وشوهد ايضا اصابته لخمسة اطفال بل ستة جاء اليهم من طفل كان اصيب به قبل ذلك بزمن ما ثم هو ككثير من الامراض المعدية لا يصيب الشخص الواحد مرتين الا نادرا ثم قد يصيب احيانا الشخص مرتين فى سنين مختلفين كسن الطفولية وسن الرجولية انتهى وقد ثبت الآن عدواه من مشاهدات كثيرة بحيث صار غير مشكوك فيه فمعظم المؤلفين الآن على اعتماده وان مشى بليار على خلافه واما السبب الاصلى له فتعسر معرفته كاسباب بقية الامراض الوبائية قال بليار والغالب تسلطنه زمن تسلطن النزلات البسيطة فيقوم مقامها او يصاحبها او يتبعها وقد شوهد عروضه قبل وباء الداء المسمى كروب او أن هذا الداء يظهر فى اثناء وبائه بحيث يظهر ان الاسباب التى تسبب فى العادة النزلة البسيطة والكروب والسعال الكلبى لها ارتباط ببعضها ومشابهات خفيت عنا صفاتها وانما المشاهد لنا نتائجها المتصاحبة او المتعاقبة فقد شاهدت مع مرضعة ثلاثة اطفال عمرهم من عشرة اشهر الى ثمانية عشر اصيبوا فى مدة ثلاثة اشهر بالحصبة مع ذبحة خفيفة ثم بنزلة شعبية بسيطة اكتسبت حالا الصفات الواضحة لهذا السعال الكلبى ثم انتهى الحال بالداء المسمى كروب فاصاب الاطفال الثلاثة واهلكهم فى ثمانية ايام

السير والانتهاء * ذكر جرسان ان لهذا الداء ثلاثة ادوار الاول دور الظهور الذى سمى تسمية غير مناسبة بالنزلى لان جميع الادوار تنسب كلها لآفة نزلية والثانى دور التزايد وسماه بعضهم بالتشنجى والثالث دور الانحطاط واما دوجيس فقسمه الى دورين نزلى ويسمى وهو الاحسن بالالتهابى وتشنجى

فالاول اى النزلى وهو اقصرهما كثيرا مايشبه الاستهواء الاعتيادى المسمى روم ثم تارة يسبقه اويصحبه بعض هبوط وثقل وقليل حمى ويكون السعال يابسا متواترا كثيرا اوقليلا ثم يكتسب شيأ فشيأ الشكل الذى سنذكره للدور الثانى حيث يسرع حالا للانتقال اليه وتارة يبتدأ باشد من ذلك فالحمى تظهر فى اول لحظة وتأخذ فى التزايد تدريجا والسعال يكون موجعا قويا متواترا والتنفس قصيرا متعبا ويوجد احيانا الم تحت القص اوفى القسم المقدم للعنق ويصاب الغشاء المخاطى بزكام شديد ويظهر رعاف جملة مرات ويكون الضعف عظيما وفقد الشهية تاما وكثيرا مايوجد سبات وقد تنقل هذه الاعراض حتى توصل للموت قبل مجيء الدور الثانى وكثيرا ماتسكن الحمى بعد دوامها ثمانية ايام الى عشرة ولاتظهر الا فى المساء بل احيانا فى كل يومين مرة فقط واما عسر التنفس والسعال فانهما اذا داما مثلها حصل فيهما تقطعات

والدور الثانى هو الذى يسمى بالتشنجى والغالب كونه اطول من السابق واذا ترك الداء حينئذ ونفسه كان من النادر نقصه عن شهر اوستة اسابيع والغالب دوامه جملة اشهر وفى هذا الدور يرجع السعال وحده نوبا فيتكرر اولا كل ساعة ثم يتناقص تدريجا حتى لا يأتى الا مرة اومرتين اوثلاثا فى كل اربع وعشرين ساعة وقت المساء اذا وصل الداء الى نهايته وقد تطول تلك النوب احيانا الى اربع ساعات لكن تكون النوبة مركبة من نوب صغيرة والطفل فى فترات تلك النوب يكون فرحا مسرورا مستبشرا ليس معه ضعف ولا هبوط ولا حمى وكثيرا مايطلب الاكل بعد تفريغ معدته بالقىء فاذا ظهرت الحمى وصار الطفل حزينا آخذا فى السقوط بسرعة كان ذلك فى الغالب علامة لوجود بعض مضاعفات ثقيلة كالتهاب معدى اومعوى اورئوى اوسل رئوى فالانحطاط التدريجى للقوى ونقص السمن يوصلان المريض احيانا السقوط تام مهلك واحيانا اخر يكون كل من الضعف والهبوط ناشئا من استحالة السعال الكابى الى نزلة مزمنة يصح ان تعتبر دورا ثالثا للداء

كما فعل جرسان وقال ان مدته غير محدودة لانه قد يشاهد ابتداؤه بعد ثلاثة اسابيع اواربعة من ابتداء الداء ويدوم ثمانية ايام او عشرة وقد يطول اشهرا كثيرة وهو يبتدأ عندما تكون النوب ابعد عن بعضها واطول مما في دور التزايد ويتبعها دائما القيء او القلس كما في النزلة وكذا قيء الاغذية ثم قال ونوب هذا الدور تضعف ببطئ والغالب ان يبقى المريض جملة ايام بدون سعال لكن متى تعرض للبرد استيقظ السعال ورجع بالصفات التي كان عليها اولا انتهى وقد ادخل دوجيس معظم هذه العلامات في الدور الثاني كما علمت

التشخيص * النوب التي ذكرناها تظهر بالاكثر بغتة وقد يسبقها على سبيل الندرة نغمشة في الصدر او في الحلق تثير في الصدر حركات غير منتظمة في الشهيق والزفير الغير التامين وتنذر لهؤلاء الاطفال الصغار بالقلق عند مجيء النوبة فيعتريهم ضجر يلزمهم بالجلوس او الاستناد على السرير او على انسان يمسكهم ويحفظهم وتتتابع فيهم اهتزازات السعال القصير اليابس الشديد مرة بعد مرة كأن لم يكن بينها انقطاع بحيث يتعسر اخذ النفس وتشاهد حينئذ جميع علامات الاختناق القريب الحصول وقد وصل هذا الاختناق في بعض الاحوال النادرة الى الحصول بالفعل او الى حالة الاكلبسيا او السكتة او الى ازرقة مختلفة فالوجه يصير منتفخا بنفسجيا والعيون محمرة بارزة رطبة والاطراف اى الايدى والارجل منقبضة ومع ذلك يتم الشهيق اى اخذ النفس لكن مع مشقة شديدة وان كان رنانيا ويعقب ذلك حالا نوبة سعال اضطرابي يؤدى الى اندفاع مواد لزجة خيطية عديمة اللون يصحبها عادة اندفاع جواهر مخاطية او غذائية محوية في المعدة حتى لو لم يحصل القيء في الحقيقة لحصل بدله كما شوهد في احوال كثيرة حركات عنيفة للقيء تنتهي بها النوب وتحرض يقينا من تشنجات الحجاب الحاجز او من وجود هذا الخلط اللزج الدبق الذى لا يخرج من الفم الحلقى الا ببطئ ومشقة فيسبب فيه نغمشة متعبة

والامراض التي يمكن اشتباهها بالداء الذى نحن بصدده هي النزلة الرئوية البسيطة والسل الدرنى ولكن الداء الاول لا يختلف عنه الا قليلا بحيث يكاد

التمييز ان يكون غير ممكن وذلك لان فى بعض النزلات يظهر السعال نو با تختلف فى الشدة والطول فالشهيق اللغطى يتبع دائما نو بة قوية والتى يكون نتيجة اعتيادية لها ولا يستغرب هذا الاشتباه حيث ثبت ان السعال الكلبى ليس فى الواقع الا صنفا من النزلة الرئوية ومن المهم ايضا تمييز الداء الذى نحن بصدده عن السل الرئوى الذى يشبهه احيانا فى الاطفال ويشبه بالاكثر النزلة المزمنة التى تأتى عقبه اذ من المعلوم ان نوب السعال فى السل الدرنى يتبعها القىء غير ان الغالب ان التنفس الرنان فيه نادر او معدوم بالكلية وان الضجر خفيف والسعال الاهتزازى المنعزل يكون فى السل اكثر منه فى السعال الكلبى ومع ذلك يكفى لتمام التشخيص وجود الحمى الدقية والنحول الزائد والعلامات المأخوذة من الاسماع (اعنى التكلم الصدرى)

وانذار السعال الكلبى يكون اثقل كلما كان التضاعف اخطر والطفل اصغر فقد ذكر جرسان ان هذا الداء فى الاطفال الرضع يضاعفه غالبا احتقان مخى فتى ظهر فيهم ذلك لم يلبث هذا التضاعف قليلا حتى يهلك المريض ولا يخفى عليك الخطر الذى يحصل من بقية مصاحبات هذا الداء كالرئوى والبلوراوى ولين الدرن والاستسقاء الصدرى وغير ذلك من المضاعفات والذى يصيب الاطفال الصغار جدا اخطر من الذى يصيب الاطفال المقدمين فى السن وهو دائما مهلك لهؤلاء الصغار اذا عرض لهم تشنجات او التهاب فى المنسوج الرئوى حتى ولو كان الرئوى جزئيا وقليل السعة ومما يعلن بالموت القريب النحول التدريجى والحمى المستدامة والنوب القوية المتكررة التى يبقى التنفس فى فتراتها سريعا او متعبا

العلاج * العلاج الحافظ من الداء يقوم من التحرس عن التغيرات الجوية ومنع اجتماع الاطفال السليمة من هذا الداء بالمصابين به وينبغى لاجل اتقان الوسائط الشفائية ان تعرف طبيعة الداء ومجلسه ليؤخذ من ذلك اصح الوسائط المعروفة الآن فيقال هل طبيعة الداء دائما التهابية ام لا وما الجزء من الطرق الهوائية المصاب بالاكثر فيها تان المسئلتان هما اللتان نشتغل بهما الآن

على

على سبيل الاختصار فنقول

اولا ان الصفة الالتهابية للداء يظهر انها يقينية غير مشكوك فيها فى الدور الاول اما فى الدور الثانى فهى اقل وضوحا وتتسلط عليها حالة تشنج تصيرها اقبل للشك فيها مع انه بالنظر لنتائج التشريح المرضى الذى فعل فى الجثث مع غاية الضبط وجد احمرار واضح بل وتقرحات فى باطن القصبة والشعب وثانيا ان الآثار التى تركها الالتهاب ربما نفعت هنا فى تحرير مجلس الداء وانه فى الطرق الهوائية لا فى العضلات التنفسية ولا فى الاعصاب الرئوية كما قيل بذلك وبغيره كاغشية المخ او الكبد او المعدة والامعاء او الحنجرة او الرئة ولكن التشريح المرضى يمنع جميع ذلك وهل الذى انتج النوب تشنج او انسداد ميخانكى وهل مجلس هذين فى القصبة والحنجرة او فى فروع الشعب قال دوجيس والظاهر انه لا يوجد فى هذه الفروع الا حالة نزلية وان تكون المادة المخاطية اللزجة على الدوام فى هذه الفروع يحصل منه فيها كمية كافية لان تصل الى الجذوع الشعبية والقصبة التى صارت قوية الحساسية بسبب التهابها وتلك علامات مقدمة للنوبة وان هذه الحساسية تسبب بطريق الاشتراك اهتزازات السعال وانسداد الحنجرة وان هذا الانسداد هو السبب الوحيد الذى صير التنفس رنانيا وغير تام وعسرا وان ذلك هو الذى منع سماع لغط التنفس حينئذ فى الخلايا الرئوية كما قال لاهنك وجرسان وان هذا الانسداد كالسعال ايضا لا ينقطع الا اذا خرجت المواد المخاطية الخيطية بعد انفصالها من الطرق الهوائية التى تكونت هى فيها فاذا تأملنا فى الظاهرات التى تحصل حينما يمر من القصبة كمية من السائل كافية لوصولها الى الشعب الغليظة وان كانت تلك الكمية ضعيفة عن ان تسد جزأ من خمسين جزأ من الخلايا الرئوية وتذكرنا السعال التشنجى والشهيق الرنانى اى اخذ النفس والتعسر الذى يشاهد حينئذ لكان ذلك حاملا لنا على اختيار البيان التعليمى المذكور وذلك البيان غير مخالف للعمل فانه يعلم منه ان اصل الداء هو الحالة النزلية وان هذه هى التى يلزم علاجها ولذلك اذا امعنا النظر فى الوسائط التجريبية التى ذكروها لعلاج السعال الكلبى

نجدان معالجته لا تختلف الافى يسير عن معالجة النزلة الحقيقية الرئوية سواء الحادة اوالمزمنة وان مضادات التشنج القوية الفعل ليس لها فعل ان كان الا تخفيف شدة النوب وليس لها فعل على الآفة النزلية فيصح ان يكون لمضادات التشنج الحقيقية قوة كالمسك ونحوه فى هذا الداء احيانا فاذا امكن سقى الطفل مدة النوبة جرعة منها اختصر بذلك اختصارا محسوسا شدتها ومدتها كما قال لاهنك غيران ذلك لا يشفى الداء من اصله

العلاج فى الدور الاول * بالغ بعض المؤلفين فى نفع الافصاد العامة فى ابتداء الداء ونحن لانقول بذلك وانما نقول ان وضع العلق على الصدر يظهر انه يقلل شدة الداء فيخفف سيره تخفيفا عظيما بل ربما منع انتقاله من النزلة الحادة الى السعال الكلبى الحقيقى وانما تنفع بالاكثر تلك الافصاد اذا كانت الاعراض الالتهابية المفسو به للحمى شديدة بل ربما اضطر لتكرارها مرات كثيرة اذا اريد التحرز من الانتهاء المحزن المتسبب عن الحالة الوبائية فى هذا الزمن اما فى عكس ذلك بان كانت الحمى قليلة اومعدومة بالكلية والشهية معدومة واللسان وسخا والقىء قليلا زلاليا فيجوز ان لاتستعمل الافصاد حتى الموضعية ومما يقع فى هذه الحالة المقيئات وربما كان من النافع ايضا وضع علقة اوعلقتين بين اندغام العضلتين القصيتين الحلميتين فى القص ولاسيما فى الاطفال الصغار الذين يحصل لهم سريعا من التهيج الشعبى احتقانات رئوية اومخية لكن قال بليار لااظن ان من العقل ان يؤمر مع العلق بالمقيئات بقصد تخليص المعدة من المواد المخاطية التى فيها فاذا امر بالقرمز وبصل العنصل كان ذلك صدريا نفثيا لامقيئا فنصف قمحة من القرمز فى لعوق قدره اوقيتان لطفل عمره من ثمانية اشهر الى سنة تكفى لتحريض نفث كثير ولا تنس ما تقدم لنا من ان الصغار جدا لاينفثون ثم لايخفى عليك ان التدبير الغذائى والادوية الباطنة يلزم ان تكون موافقة للصفة الالتهابية التى فى هذا الدور ومما يؤمر به حينئذ الجواهر اللعابية والصمغيات والمستحلبات واللبن ومصله وربما ناسب ايضا الحقن المرخية اوالمسهلات اللطيفة مع ماعلمت من ان الحمية سواء القاسية اوالمتوسطة على

حسب

حسب شدة العوارض لازمة ايضا

علاج الدور الثانى * لاتنال المنافع الجيدة من وضع المنبهات القوية الفعل الا فى هذا الدور وربما حصل تخفيف واضح من وضع حراقة على القص او على جانبي الصدر ويقرب للعقل ان مرهم أوتنر يات المركب من ثلاثة دراهم من الشحم الحلو ودرهم من الطرطير المقيء لا يؤمر به الا فى هذه الحالة فتدلك الخثلة او الصدر به لكن ينبغي الاحتراس من ان يدلك جملة مرات على الازرار التى ظهرت وان قال بذلك اوتنر يت لانه قد يعرض حينئذ تقرحات تسبب الحمى وتجاوز درجة الالتهاب المراد انالته واستعمل دويس مرهما مركبا من نصف درهم من الطرطير المقيء وخمس عشرة نقطة من دهن الخزاما او الليمون واوقية من المرهم البسيط كذا قال بليار وينال تحويل لطيف من حمامات البخار ويقرب للعقل ان ذلك باعانتها على التنفيس الجلدى ويصح ان تنال نتائج جيدة ايضا من المروخات الزيتية او الدهنية

واما الادوية الباطنة اى التى تستعمل من الباطن فمن اقواها المقويات والمخدرات وربما كفى لزوال الداء من اصله فى بعض الاحوال الخفيفة استعمال الخشخاش البرى او منقوع ازهار هذا النبات واتفق له وجين انه شاهد من استعمال هذه الجواهر فعلا مهيجا كان ناشئا يقينا من تأثير حرارة الاقليم فى هذا النبات قال واتفق انى اوقفت سير الداء باستعمال مستحضر آمر به دائما مع منفعة عظيمة فى النزلات المزمنة وهو مخلوط من شراب الكينا وشراب الخشخاش الممدود بالماء ويستعمل ذلك بمقدار من نصف اوقية الى اوقية بل اكثر فى الاربع والعشرين ساعة فهذا هو ما استفيد من التجربة ومنه شاهدت ايضا ان الدور الثانى متى حصل لزم له ان يجتاز جملة اسابيع بل شهرا قبل امكان زواله زوالا يقينيا ولا تظهر فاعلية الجواهر الخاصة الا بعد هذه المدة انتهى

ولا تظن ان الطبيعة هى التى تقوم وحدها بوسائط الشفاء بعد تلك المدة من الزمن لان التجربة تثبت كل يوم عكس ذلك وها هى على سبيل الاختصار طرق العلاج التى امر بها مهرة الاطباء لاجل اختصار مدة الداء بل ازالته

من اصله اذا كان قليل الاستعصاء فقد وجد النجاح فى استعمال البلادونا
مسحوقة او خلاصتها بكمية من $\frac{1}{8}$ قمحة الى $\frac{1}{2}$ فى الصباح والمساء
وحصل نجاح اكيد ايضا من خلاصة النرجس لكن على سبيل الندرة
ومثل ذلك ايضا البنج وامر جرسان بمخلوط اجزاء متساوية من اوكسيد الخارصينى
والبلادونا والقوينيون مسحوقة او جواهر فتعطى اولا بكمية $\frac{3}{4}$ قمحة ثلاث
مرات فى اليوم ثم تزاد الكمية تدريجا ويبتدأ للاطفال الصغار بربع قمحة
واستعمل جرسان ايضا اوكسيد الخارصينى وحده بمقدار قمحة فى كل ساعة
لطفل عمره ستة اسابيع بعد ان لم تنفع فيه الوسائط لايقاف نوب السعال
والطبيب جولى اجتنى منفعة عظيمة من كبريتات الكنين والبلادونا والافيون
قال دوجيس وينبغى ان يكون هذا المستحضر اشد واقوى من المستحضر
الذى مدحناه فاعليته سابقا حسبما يؤخذ من تجربياتنا المخصوصة واما الكينا
بدون مساعد معها فيظهر ان لا نجاح لها حقيقة الا اذا وجد فى الداء دورية
حقيقية واما المستحضرات الانتيمونية والكبريتية والبلسمية كشراب
بلسم طلو والعطرية كالزوفا والعليق الارضى ونحو ذلك والثومية كالعنصل
فمن الواضح انها قد توجد لها فاعلية هنا كما فى الآفات العتيقة النزلية لكن
يظهر ان تأثيرها اقل نفعا فى كثير من الاحوال من اتحاد المقويات بالمخدرات
وهناك ادوية اخرى تجربية مدحها بعض المتأخرين مع ان الظاهر انها غير
مستحقة للاعتبار فى كثير من الاحوال فقد مدح بيارسون كربونات الصودا
لكن ضم له الافيون والمر وبعضهم مدح صبغة الديجتال الفرفيرى وكذا صبغة
الذراريح بكمية من ثلاث نقط الى ثمان فى اليوم وكذا الحمض مرياتيك ومدحوا
ايضا جملة جواهر اخر زعموا كونها خصوصية ولكن الاولى لنا ايقاف الحال
حتى يأتى دليل جديد يبين نفعها او خطرها قال اولفيير فاذا لم تنفع جميع الوسائط
المعقولة لم يكن هناك واسطة قوية الفعل الا تغيير الهواء فانى متحقق
ان الاطفال اذا غيروا محلهم من ابتداء الداء تناقصت العوارض اذا لم تذهب
فى الايام الاول وليس بلازم ان يكون هذا الانتقال من المدينة الى الارياف

وانما يكفى تغيير الخطة فيشاهد حالا لجأة جودة حال عظيمة بل احيانا ذهاب نوب السعال بالكلية ولما كانت عدوى هذا الداء متحققة كان المظنون ان الهواء الذى تعيش فيه المرضى فاسد فكان تغييره هو السبب لحصول تأثير جيد فى سير الداء ومدته فبالنظر لهذا الرأى اوصوا بنقل الصغار كثيرا اى مرات كثيرة من محل الى آخر وان تجدد ملابسهم ولا تعطى لهم ملابسهم الاولى الا بعد ان تعرض لبخار الكلورور وقد وضع روش كاورا فى القاعات التى فيها المرضى فحصل من ذلك شفاء سريع ففى بعض الاحوال يكفى ان تغير المرضى كل يوم قاعاتهم وملابسهم بدون ان يخرجوا من المدينة فبذلك تنال النتيجة المطلوبة انتهى واما التدبير الذى يلزم اتباعه فى هذا الدور الثانى فيلزم ان يكون الغذاء اكثر جوهرية مما يستعمل فى الدور الاول ولكن تكون الاكلات خفيفة قليلة لا كثيرة اذا اضطر اليها لان النوب تكون اشد كلما كانت المعدة اكثر تحملا للطعام ولتكن فى الابتداء نباتية غالبا بل ربما كانت من خالص النبات فقط او تبدل باللبن اذا كان هناك حمى ونحوها فاذا طالت مدة المرض لزم ان تكون الاغذية مقوية واكثر حيوانية ولكن ينبغى فى جميع الاحوال هجر الافاويات والمشروبات الروحية بالكلية وتكون الملابس من الفلانيل اذا كان الداء مستعصيا وسيما اذا كان هناك اعواد كثيرة للنزلة الرئوية فى حالة الحدة او جزم بحصول النزلة المزمنة

الباب التاسع
فى امراض الجهاز الدورى

قبل ان نتكلم على امراضه نتكلم على كيفية نموه وعيوب تكونه فلذا كان هذا الباب مشتملا على فصول

الفصل الاول
فى نمو هذه الاعضاء وعيوب التكون فيها

القلب لا يبتدأ ظهوره الا بعد ان تكون قبله بعض اوعية غليظة فالوريد الباب يوجد غالبا قبله ولا يظهر القلب فى الابتداء الا منتفخا من هذا الوريد ثم فيما بعد

يتقوس هذا الانتفاخ على هيئة نصف دائرة فيكون فيه ثلاث متسعات ومضيقان فالمتسعات هى الاذين الايسر والبطين الايسر ومبتدأ الاورطى فتأخذ فى الزوال شيأ فشيأ بتقارب تجاويفها لبعضها فهذه هى المظاهر الاول للقلب والعروق التى شاهدها فى الدجاج هالير وشاهدها فى قلب الجنين الانسانى غيره وكلما اخذ القلب فى الظهور اخذت الاجزاء المركبة له فى اتقان الشكل والابعاد اى الاقطار التى يلزم ان تأخذها طبيعة ولذلك شاهد سبنير وغيره الحاجز الفاصل للاذينين آخذا فى التكون شيأ فشيأ حتى نزل زمن الولادة فتحة اتصال يمر فيها الدم من التجاويف اليمنى الى التجاويف اليسرى ويظهر ان الحاجز القاسم للبطينين متكون من شبه زائدة تذهب من قاعدة البطين الايسر حتى تصل الى قمته وللطبيب مكيل مشاهدات مهمة فى الاقطار المخصوصة بكل واحد من تجاويف القلب مدة تكونها فاولا ان البطين الايسر يكون اكبر حجما من الايمن ثم فيما بعد يصير مساويا له وفيما بعد ذلك ايضا يصير الايمن اوسع واعظم من الايسر والاذينان تكونان اكبر حجما من البطينين كلما كان الجنين اصغر وفى زمن الولادة يكون الامر بالعكس والاورطى توجد وحدها الى الاسبوع السابع لكن بعد ذلك تنقسم الى جزءين احدهما هو الشريان الرئوى الذى توجد فيه فى الشهر الرابع او الخامس وفروعه التى تذهب للرئتين ولا تكون اكبر حجما من القناة الشريانية ثم تظهر بعد ذلك على التعاقب بقية اجزاء الجهاز الدورى وتكتسب اقطارها واقسامها ومجاوراتها المخصوصة بها طول الحياة وقد يحصل فى مدة اجتياز القلب هذه الادوار المذكورة عائق فى النمو يتسبب عنه فى زمن الولادة او بعدها بزمن طويل عوارض ثقيلة ولا حاجة لان نطيل الكلام بذكر جميع عيوب التكون التى قد تعترى القلب لانها كثيرة العدد جدا مع ان معظمها انما يظهر كلما تقدم الطفل فى السن او انما هى دوام استعداد مخصوص فى القلب عند المولودين بحيث لا يحصل منها عرض تامدة الطفولية الاولى ولا تظهر الاعراض الخارجة الدالة على وجودها الا فى زمن متقدم من الحياة فلا تقوم منها

امراض فى الطفولية اصلا ولنقصر الكلام هنا على العيوب الرئيسة لتكون القلب فنقول

لا يفقد القلب بالكلية الامع فقد المخ اى عدم وجوده ومن النادر جدا مشاهدة قلب وحيد اعنى خال يقينا عن نصفه بان لم يوجد الابطين واحد واذن واحدة ولنذكر مثالا من ذلك عظيم الاهتمام لكون ذلك التشوه فى هذه المشاهدة ذكر مصحوبا بالاعراض التى وجدت فى الطفل مدة الحياة وذكر هذا المثال فى جرنال العلوم الطبية بالاميرقة عن الطبيب موران قال فى ذكر المشاهدة قد دعيت فى اليوم التاسع عشر من شهر مرس سنة ١٨٢٧ عيسوية للبحث فى ولد وضعته امه وضعا طبيعيا فرأيت ان هذا الطفل وان كان صغير البنية الا ان الظاهر كونه سليما من الآفات فكان يتنفس جيدا لكن متى غير وضعه لاجل غسله او الباسه ثيابه يحصل له تعسر عظيم فى الصياح والتنفس ويحمر لونه حمرة كالحة ولا تسكن معه هذه العوارض الا بالسكون وادنى اضطراب يثيرها ثم بعد عشرة ايام نودى لى لتوهم ان مع الطفل التهابا رئويا فكان تنفسه مؤلما عسرا وكان معه بعض حمى وسعال خفيف وذكرت لى مرضعته ان هذه العوارض تأتيه نوبا وتنتهى معه دائما بشبه حركة تشنجية فى الصدر وكان تنفسه متقطعا وصياحه انينيا ودامت معه هذه الحالة بعض اسابيع ثم صار الطفل بعدها منتقع اللون كأن لونه يعلن بوجود عفونة صديدية فيه فاذا اميل الطفل وهو فى حجر مرضعته حصل التنفس وزال التلون فعالجته بحفظ البطن مطلوقا بالمسهلات اللطيفة وباعطائه مشروبا صدريا مضادا للتشنج قليلا ولكن مع غاية احتراسى وتبعيدى عنه جميع ما يهيج الجهاز الدورى لم تزل العوارض تتجدد بفترات قريبة لبعضها حتى مات فى نوبة من نوب الاختناق ولما اريد فتح جثته بعد موته بخمس عشرة ساعة وجد معه ابتداء سقوط وتحول ووجدت احشاؤه البطنية سليمة والرئتان منتقعتى اللون وهابطتين هبوطا غريبا والقلب لم يكن مكونا الا من جزءين احدهما اذين زائدة النمو موضوعة على اليسار ومملوءة بالدم الاسود السائل وثانيهما بطين ولما حققت

القلب من طريق الاجوف الصاعد اندهشت من رؤية اتساع جزئى القلب بل والشرايين الاكليلية وفتح بطنه بقطع قائم متجه من قمة العضو الى اندغام الاورطى فشوهد انه لم يكن له يقينا الا اذين واحدة وبطين واحد متصل بفتحة واسعة يوجد فى دائرتها صمام تريكوسبيد اى ذو نقط ثلاث ولما شوهد البطين فى محله وجد شكله مثلثا قاعدته منحنية قليلا الى اليسار وزاويته العليا تتولد منها الاورطى التى يوجد لها جميع تقاسيمها الاعتيادية والشريان الرئوى ناشئ من البطين بجذع مشترك بينه وبين الاورطى فى الجهة اليسرى ولما ذهب الى الخلف خرجت منه فروعه الاعتيادية وانفتحت القناة الشريانية فى الاورطى النازلة ولكنها وجدت منسدة فى اندغامها بالبطين حيث تكون فيها سد حقيقى غير نافذ والاذين فيها التصاق واسع بالجانب الايسر للبطين وفيها من الامام شبه معلقتين او زائدتين جدرانهما سميكة وقابلة للاتساع وجدار هذه الاذين كان اسمك من العادة وفيه عواميد لحمية كثيرة قوية

فمن الواضح ان الدم فى هذا الطفل لا يمكن ان يتكسجن بكمية كبيرة حتى يحفظ الحياة قال موران ويظهر ان الخالق جهز الكيفية الآتية لتنوب عن فقد تجاويف القلب وذلك ان الدم كان اذا وصل للبطين يندفع للاورطى كالعادة لكن بدل ان يصل الى الرئتين بواسطة الشريان الرئوى الذى كان منسدا قرب القلب تحصل الدورة الصغيرة بواسطة حركة قهقرية فى القناة الرئوية التى بقيت فتحتها قرب الاورطى ومنها يدخل فى الفروع الرئوية ويرجع بعد ذلك ثانيا للبطين الذى يخدم مخزنا عاما لدم الرئتين ولدم الوريد الاجوف السفلى

واحيانا لا يكون المفقود من القلب جزأ جانبيا تاما وانما يوجد شق عميق بين البطينين احدهما اصغر من الآخر بحيث يظهر انه وقف نموه وزيادة عدد القلب عن واحد نادرة جدا على رأى مكيل فى الاحوال التى ليس فيها ازدواج جنينى ونمو الاذينين قد يعظم فى بعض الاطفال قال بليار قد شاهدت فى بنت صغيرة ماتت بعد الولادة ببعض ايام زائدة دقيقة طولها قيراط تقريبا فى الاذين اليمنى وسقطت متموجة فى التامور امام القلب وافراط حجم القلب يصح ان ينشأ من

عيب فى التكون وضيق الفتحات الاذينية البطينية اوالوعائية يشاهد بقلة فى زمن الولادة ولكن كلما تقدم الطفل فى السن ولم تتبع اقطار الفتحة تقدم نمو القلب نتج من ذلك حينئذ تكدر فى وظائف الجهاز الدورى قليل اوكثير فمن ذلك ينشأ ماسماه المؤلفون تسمية عامة بالازم اى عسر التنفس ويلزم ان نذكر من عيوب تكون القلب الاندغام الغير المنتظم لاوعيته الغليظة وانتقاله الى الجانب الايمن من التجويف الصدرى وذلك الزوغان اندر ممايظن وقداعرض الطبيب بارون من ذلك امثلة كثيرة لديوان الاطباء وقديوجد ايضا انحرافات عضوية فى الاعضاء الرئيسة للدورة تشاهد فى الاطفال المولودين يطول بنا الحال لوذكرناها هنا واغلب الزوغانات العضوية التى ذكرناها تكون اعراضها زمن الولادة هى عدم التدميم اى تحويل الكيلوس الى دم والاختناق وعدم انتظام ضربات القلب والاحتقان المخى والرئوى وغالبا الموت

وبعد الولادة حالا يحصل فى الجهاز الدورى تغيرات عظيمة الاهتمام فى تركيبه ووظائفه وكثيراما ينسبون لهذه التغيرات عوارض كثيرة خاصة بالاطفال المولودين ولكن لاجل ان يستخرج من التنوعات التى يقبلها الجهاز الدورى فى ذلك الزمن اسباب كثيرمن الاعراض المرضية فى المولودين يظهر ان الاولى معرفة سيرتلك التغيرات العضوية والوظيفية ليعرف التأثير الذى تفعله فى صحة الاطفال وليكن ذلك فى الفصل الآتى على الاثر

الفصل الثانى

فى حصول الدورة القائمة بذاتها

قال المؤلف قدشاهدت مع غاية الانتباه التغيرات التى تعرض فى القلب والقناة الشريانية والقناة الوريدية والشرايين السرية فى الايام الاول من الحياة خارج الرحم ثم ذكر نتيجة مشاهداته ولنذكرها بالاختصار فاولا نذكر الزمن الذى تنسد فيه الفتحات الجنينية وثانيا كيفية ذلك الانسداد ونذكر بالتبع لذلك النتائج الفسيولوجية والمرضية التى تنتج من ذلك البحث وليكن ذلك فى مبحثين

المبحث الاول

فى انسداد الفتحات الجنينية

نتج من بحث بليساران ثقب بوتال والقناة الشريانية لايزالان منفتحين فى اليوم الاول بعد الولادة غالبا وقد ينسدان فيه وكذا فى اليوم الثانى واما الشرايين السرية فانهما المامارا غير نافعين حصل لهما فى ذلك الزمن تنوع نشأ يقينا من عدم فعلهما واما فى الثالث فنقول ان الاوعية السرية فيه تنسد قبل ثقب بوتال والقناة الشريانية ويصح ان نقول ان هذين لا ينسدان فى الثالث غالبا واما فى الرابع والخامس فتكون الفتحات الجنينية فى المعظم مفتوحة ولا توجد اعراض مخصوصة مجلسها فى الجهاز الدورى ويظهر انها فى الثامن تكون فى الغالب منسدة وقد تكون منفتحة واما ثقب بوتال والقناة الشريانية فقد يوجدان مفتوحين بعد الولادة باثنى عشر يوما بل خمسة عشر بل الى ثلاثة اسابيع بدون ان يحصل للطفل مدة الحياة اعراض مخصوصة وبالجملة نتج من المشاهدات ان الفتحات الجنينية لا تنسد بعد الولادة حالا وان زمن الانسداد يختلف كثيرا ولكن الغالب ان ثقب بوتال والقناة الشريانية ينسدان فى الثامن الى العاشر وان التنوعات التى تتتابع بانقطاع الحياة الجنينية فى اعضاء دورة المولود تحصل على الانتظام الآتى وهو ان الشرايين السرية تنسد اولا ثم الوريد السرى ثم القناة الشريانية ثم ثقب بوتال ولا يعد من الامراض بقاء تلك الفتحات مفتوحة مدة ايام بعد الولادة اذ كثيرا ما يشاهد ذلك بدون ان يحصل منه عارض مخصوص وذلك الانخرام اى تعوق الانسداد ناشئ من كيفية حصوله وهو ما نشرحه فى المبحث الآتى على الاثر

المبحث الثانى

فى كيفية انسداد الفتحات الجنينية ونتايجه

اذا بحث فى الهيئات التى تتوارد على ثقب بوتال شيأ فشيأ من الاشهر الاول من العلوق الى الولادة شوهد ان شكل هذه الفوهة وهيئة الاجزاء المحيطة بها وسيما بوق استاكيوس يكونان بحيث ان الدم الذى كان يفيض اولا بدون عائق

من اذين الى اخرى يكابد منهما تعسرات فى سيره فى هذا الطريق الذى كان يسلكه من مدة ما . فاول تنوع يعرض فى بنية القلب يقهر الدم على ان ينوع ايضا سيره فينقاد هذا السائل الذى لا فعل له بالنظر لنفسه لتأثير المحرك الذى قذفه ووجهه للقنوات التى يلزم ان يجتازها فاذا كان الامر كذلك لزم ان يعرض ايضا فى الاجزاء الاخر التى التزم ان يتركها تنوعات تشريحية تغير شكلها وتنوع كيفية فعل هذه الاعضاء وتطبع فى السائل الذى يجتاز فيها تغيرا فى الاتجاه فاذا بحث فى الشرايين السرية والقناة الشريانية شوهد انها كلما اخذت فى الانسداد سمكت جدرانها و تكون تلك السموكة فى الشرايين السرية عظيمة بالاكثر فى محل اندغامها بالسرة فهنالك يوجد فيها غالبا بعد الولادة شبه انتفاخ مغزلى يحصل مع نقص سعة الشريان ويظهر ان هذا الانتفاخ ناتج من نوع ضخامة فى المنسوج الليفى الاصفر المرن ومن ذلك يوجد فى الشريان هنالك قوة انقباضية اقوى من عنف التمدد الذى يمكن ان يفعله عمود الدم المقذوف من الشرايين الحرقفية ويسهل جدا تحقيق سموكة جدران الشريان بان يقطع قطعا فى محاذاة المحل الذى ذكرته فيشاهد ان هذا السمك يأخذ فى النقص كلما قرب الشريان لاندغامه فى الشرايين الحرقفية وذلك الجزء هو الذى يشاهد فيه تقدم انسداده بعد الولادة فاذن يوجد بعد الولادة سببان يقهران الدم على ان يترك السير الذى كان له وهو فى الرحم احدهما حصول التنفس والدورة الرئوية وثانيهما تنوع التركيب الذى تكابده الشرايين السرية

وهنالك ظاهرة تدل ايضا على ان انقباض الاوعية السرية قابل لان يوقف سير الدم فى سعته وهى انه اذا قطع الحبيل السرى بعد الولادة بعيدا عن السرة من طفل ممتلىء بالدم يشاهد اولا سيلان نافورة من الدم شديدة ثم تبطى ثم تنقطع بالكلية فاذا قطع جزء جديد من الحبيل سالت نافورة اخرى جديدة ثم تقف ويمكن تجديد هذا النزيف فى كل قطع متتابع للحبيل قال بليار وقد ذكر لى الطبيب دبوة انه اكد ذلك مرات كثيرة فوقوف الدم بهذه الكيفية انما هو

لكون شرايين الحبيل انقبضت على هذا السائل وقهرته على ان يتقهقر واذا عرف ان هناك قرب السرة داخل البطن جزأ من الشرايين السرية اكثر انقباضا لانه يتسلطن هناك اعظم مقدار من المنسوج الليفى المرن عرف ان سير الدم فى الجنين يصير اقل شدة اذا ابتدأ فيه السكون الذى يعرض بعد الولادة فيتيسر لتلك الشرايين حينئذ ان تمنع السائل الدموى الذى تدفعه ثانيا عن ان يقرب لسعتها فتقاوم حركاته العنيفة وكلما تقدم الطفل فى السن زاد انسداد الشريان ويتبع ذلك انه لكونه صار معرضا للجذب الذى يفعله فيه الاتساع التدريجى لجدران البطن يفقد منه بالكلية شكله الوعائى فيتحول الى رباط حقيقى

وما عرض للشرايين السرية يعرض مثله للقناة الشريانية ففى الاجنة يوجد فى تلك القناة استرخاء عظيم كالذى يوجد فى غيرها من الشرايين فيسهل تمددها بعمود الدم الذى يملأ سعتها وينقذ منها بدون عائق للاورطى اما عند الولادة وبعدها فان جدران هذه القناة تأخذ فى السموكة شيأ فشيأ فتحصل فيها هيئة ضخامة مركزية تقلل سعتها بدون ان ينقص فى الظاهر حجمها فينتج من ذلك ان الدم المطرود من هذه القناة يمر كله فى الشرايين الرئوية فاذا حصلت فيها الضخامة والانسداد حصل فيها شبه ما يحصل فى انبوبة الدخان المشروب من امتلاء باطنها بالاوساخ السميكة فلا يوجد فى مركزها الا ثقب دقيق متوسط السعة هذا غاية ما يمكن ان نمثله تقريبا للعقل

وانسداد الوريد السرى والقناة الوريدية لا يحصل بهذه الكيفية لان هذه الاوعية لا يوجد فى جدرانها سموكة عظيمة كما فى السابقة ففى وقت قطع الحبيل السرى لا يكون الوريد السرى قادرا على قبول الدم فى سعته ما عدا بعض قذفات يقذفها فيه الاجوف السفلى فجدرانه حينئذ تهبط على نفسها وتتقارب حتى تتلامس فتنسد سعته كما يشاهد ذلك فى جميع القنوات مهما كانت طبيعتها اذا انقطع منها نفوذ السائلات التى تجتاز فيها عادة ومع ذلك لا يزال الوريد السرى والقناة الوريدية حافظين زمنا طويلا لتجويفهما لانه يسهل

تمددهما بان يدخل فيهما ميل غليظ بخلاف الشرايين السرية والقناة الشريانية ففي تلك الشرايين يصح ان نقول ان انسدادها عنفي (نسبة للعنف) فالدم التزم ان يتركها بسبب التنوعات الآلية التي عرضت في تركيب جدرانها واما الانسداد في الوريد السرى والقناة الوريدية فيصح ان نقول فيه انه ضعفي اعني انه تابع لغيبوبة الدم فهو نتيجة لتقهقر اندفاع السائل الدموى لا سبب له وذلك الفرق ناشئ يقينا من اختلاف التركيب بين المجموع الشرياني والمجموع الوريدي فاذا عرف ان من اللازم مكابدة ثقب بوتال والقناة الشريانية تغيرات آلية تؤدي الى انسدادهما سهل ان يدرك ان الطبيعة التي كثيرا ما تصدر منها امور غريبة قد تصدر عنها تلك التنوعات تارة قبل اوانها وتارة بعد اوانها ومن ذلك يعلم سبب انسداد الفوهات الجنينية اعني ثقب بوتال والقناة الشريانية في الايام الاول من الولادة عند بعض الاطفال وبقاؤها منفتحة عند بعض آخر لزمن يختلف بعده عن زمن الولادة ومن ذلك ايضا يعلم الاحتياج في الغالب لطول الزمن حتى يكون هذا الانسداد تاما وبمثل ذلك يوضح ايضا عدم انتظام الزمن اللازم لكمال الدورة الدموية المطلقة بدون ان يحتاج لان يجعل بعض امراض القلب او الرئتين سببا او نتيجة لذلك و ينبغي ان يستنتج من كمال هذه الظاهرات التحولية تكسجن غير تام للدم لان جميع السائل الذي يقذفه القلب بعيدا في الاجزاء المختلفة من الجسم لم يمر في الرئتين قبل ذلك ولم يلامس الدم الذي باشره تنفس الطفل ولكن بعد ذلك هل من اللازم ان يتكسجن دم الطفل المولود كالذي يدور في شرايين رجل كبير او ان المناسب غير ذلك وهو ان الاصول الرسمية لاعضاء المولود لا يناسب ان تقبل دما قوى الفاعلية وان مواد التغذية لا تحتمل دفعة واحدة اصولا منبهة ينقلب تأثيرها على اعضاء الطفل بالضرر يقينا بل ربما اضرت الحصول التدريجي لحياته المطلقة قال بليار اظن ذلك ولا ادري لاي شيء ترفض تلك الآراء مع انها تستنتج من البحث التشريحي لاعضاء دورة المولود ومما يقوي ذلك هو ان الرئتين تصيران معرضتين لاحتقانات مزمنة اذا اقذفت فيها الشرايين الرئوية دفعة واحدة

جميع الدم الفائض فى القلب وحيث تيسر للقناة الشريانية ان يدخل فى سعتها سائل كثير كانت كانها مساعدة لعضو التنفس الذى لا يسمح احتقانه للهواء بالوصول لخلاياه باطلاق بحيث ان حصول الحياة المطلقة يعان بدوام الهيئات العضوية المنسوبة للحياة الجنينية فاذن جميع ذلك يرتبط بالبنيه التركيبية وهيئة الاعضاء وممارسة وظائفها وكل ذلك ايضا يتتابع بانتظام وتنقلات حتى لا يعرض لها ادنى تغير فجائى غير معهود يقطعها او يخرم موافقتها مع ظاهرات الحياة فاذا بقيت هذه الفوهات حتى جاوزت الزمن الذى ذكرناه لها جاز ان ينتج من ذلك الامراض التى سنشرحها فى الفصل الآتى

الفصل الثالث

فى امراض القلب والاوعية الغليظة

يشتمل هذا الفصل على ثلاثة مباحث

المبحث الاول

فى آفات هذه الاعضاء

قال بليار امراض القلب فى الاطفال كما فى البالغين تقوم فى الغالب من آفات عضوية توجد فى زمن الولادة غير ان نتايجها لا تظهر الا فى سن متأخر بعدها ولذا كان شرح امراض القلب غير منسوب لباتلوجيا الاطفال فقط وانما هو فيهم كغيرهم من البالغين وبموجب ذلك لزم قصر الكلام باختصار على ذكر آفات مركز الدورة حيث توجد غالبا فى الاطفال الصغار وليكن الكلام فى اربعة مطالب

المطلب الاول

فى السيانوزاى الداء الازرق

دوام انفتاح الفتحة التى بين الاذنين والقناة الشريانية لا ينتج كما شاهدنا عوارض مخصوصة فى الايام الاول من الحياة بشرط ان لا يعارض ذلك كمال التكسجن للدم فانه اذا وجد مع ذلك الانفتاح امتلاء دموى عظيم كان اجتماع هذا العيب مع زيادة عسر التنفس او عدم امكان حصوله مانعا لحصول ذلك

التكسجن فينتج من ذلك احيانا اليرقان الازرق المسمى سيانوز

وهذا الداء الذى سماه الطبيب مرك سيانو باثيا يصح ان يشاهد فى كل سن فليس فى الحقيقة نتيجة دائمة لبقاء ثقب بوتال منفتحا ولا لمرور الدم الوريدى فى المجموع الشريانى فان عندنا امثلة كثيرة من عيوب التكون فى الجهاز الدورى يمكن ان تنتج هذه الظاهرة ومع ذلك لم تحصل لكن يقرب للعقل جدا ان هذا التلون المزرق للجلد ينشأ من خلط هذين الدمين ببعضهما اومن عدم اوكسجينية الدم الشريانى سواء وجد اتصال بين التجويفين الجانبيين اوكان حصول التكسجن فى الرئتين غير تام فاذن لايتعجب من ان يولد طفل فى حالة قريبة للاسفكسيا بحيث لايمكن ان يكون الهواء وصل لرئتيه فيحصل له مدة ساعات شبه سيانو باثيا وقتية لاتزول حالا الااذا حصل التنفس حصولا تاما ولذلك ذكر كورفزار ان هنالك مشابهة بين تلون المولودين الذين تنفسهم غير تام وتلون الكبار الذين يوجد فى قلوبهم عيوب فى التكون اوآفات عضوية تعوق اوتقطع السير الاعتيادى للدم وعبارة هذا الطبيب الماهر اذا قابلنا النتايج الحاصلة من الاتصال الحاصل بين التجاويف اليمنى والتجاويف اليسرى للقلب بالنتايج الحاصلة سريعا من انواع مختلفة من الاسفكسيا وجدنا هنالك مشابهة تامة واضحة ويوجد مثل ذلك ايضا بين هذه الحالة والحالة التى تشاهد فى بعض الاطفال بعد الولادة ولاسيما بعد الولادة الشاقة فيكون الوجه فيهم ازرق بنفسجيا بل والجسم قد يكون احيانا كذلك وفى الكل تكون درجة حرارة الجسم باردة عند اللمس انتهى

فاذا نظرنا للحوادث الواقعية المتعارضة بحسب الظاهر التى ذكرها دوريت وكرفزار ومرك وبريشيه وفوكيير وغيرهم لم نستنتج منها نتيجة متوسطة بين الرأى الذى يعتبر السيانوز نتيجة عيب تكون فى القلب والرأى المخالف لذلك اعنى كونه بحسب الظاهر نتيجة عدم تكسجن الدم الوريدى فيمكن ان يحصل مع وجود عيب فى تكون القلب ومع عدم وجوده بشرط ان لايكابد الدم بمروره فى الرئتين التنوعات الحيوانية والكيماوية التى

يكابدها طبيعة فيقرب للعقل ان السيانوز اذا لم يحصل مع وجود اتصال الاذينين ببعضهما فذلك لان الدم الذى مر فى الرئتين كان كثير الكمية والاوكسيجينية بحيث يحول اوكسيجينيته الى الدم الوريدى المختلط معه ومن جهة اخرى اذا كانت تجاويف القلب فى حالة اعتيادية ولكن كانت الهيئة الخاصة للرئتين لا تسمح بان اوكسيجين الهواء يحول الدم الوريدى الى دم شريانى يشاهد حينئذ حصول السيانوز فيتبع ذلك ان هذا الداء يكون دائما علامة لعدم تكسجن الدم وانه قد يكون وقد لا يكون نتيجة عيب تكون فى القلب ويؤيد ذلك انا نشاهد فى الاطفال الذين فيهم الدورة الرئوية متقطعة بسبب سدد او التهاب فى الرئة ان اجنحة الانف والشفتين بل والوجه والاطراف ايضا تصير مزرقة وتلك اول درجة من السيانوز ويشاهد ايضا عند النزع عادة فى الاطفال المصابين بالآفات الرئوية ان جميع اجزاء الجسم تصير كالحة مزرقة فاذن يكون سبب السيانوز فى الغالب اما عيب فى تكون القلب مضاعف باحتقان او التهاب رئوى واما مرض فى الرئة بدون آفة عضوية فى القلب ومتى وجد شئ من ذلك وتمت وظائف الرئة باطلاق جاز ان لا يحصل السيانوز بسبب ان الدم الوريدى اكتسب من اختلاطه بالدم الشريانى نفسه جزأ من الخواص الكيماوية الحيوية المعدومة منه

وهذا التوضيح ربما كان مناسبا فى اكثر الاحوال لا فى كلها اذ لا يتأتى اجراؤه مثلا فى الامر الواقعى الذى شاهده بريشيه فى طفل عمره نحو شهر وهو ان الشريان تحت الترقوة الايسر كان ناشئا من الشريان الرئوى ومع هذه الهيئة الغريبة التى بها لم يدخل فى الذراع الايسر الا دم وريدى لم يحصل ادنى تغير فى لون الذراع ولا فى نموه

قال اولفيير وربما كان من اسباب السيانوز ايضا ضخامة الغدة تيموس كما شاهد ذلك الطبيب ريب بكسر الراء فى جثة طفل مات وعمره اربع سنين وكان مصابا بهذا الداء الازرق فوجد الغدة تيموس اكبر حجما من العادة وكذا شاهد سندفور فى طفل عمره ثلاث عشرة سنة ومات ومعه الداء بقاء الثقب البيضى

غير

غير منسد والاورطى ناشئة من البطينين والغدة تيموس كبيرة الحجم وشوهد
ايضا عظم هذه الغدة مع اتصال بطينى القلب ببعضهما ومع السيانوز لكن من
الواضح ان هذا الداء الازرق هنا كان غير ناتج من ضخامة الغدة المذكورة
وانما نتج من الاتصال الغير الاعتيادى لتجويفى القلب ببعضهما وبالاورطى
وعلى كل حال فالسيانوز سواء كان موضعيا او عاما يكون غالبا فى المولودين
نتيجة احتقان دموى فى القلب او الرئتين

الاعراض لهذا الداء * لا يخفى ان اسم هذا الداء مأخوذ من اللغة اليونانية
ومعناه الازرق نظرا لتلون الجلد بالزرقة لان ذلك هو العرض الرئيس لهذا الداء
وقد يكون متلونا بلون بنفسجى وقد تتلون بذلك ايضا الاغشية المخاطية وجميع
المنسوجات التى تقبل فى العادة مقدارا كبيرا من الدم لكن قد توجد ثلاث
الصفة فى آفات عضوية مختلفة مشتركة كلها فى كونها لا تسمح بكون التدمم تتم
وظائفه باطلاق سواء حصل منها عائق فى سير الدم الوريدى نحو الرئة او كان
محلسها فى نفس هذا العضو بحيث ازالت منه موافقته للوظائف المطلوبة منه
وبنى الطبيب جنترالك على هذا الاعتبار اقسامه الاربعة التى جعلها لهذا الداء
واعظم زيادة اللون تكون فى الوجه ولاسيما الشفتان وكذا اليدان والرجلان
واعضاء التناسل ويكون هذا العرض وقت فعل الحركات العنيفة كالصياح
مثلا اقوى مما يكون وقت السكون ويوجد غالبا فى الاعضاء التى يكون
فيها اقوى بعض انتفاخ وبندران لا يوجد فى وظائف الدورة والتنفس آفات
ثقيلة فاما آفات الدورة فهى الخفقان المختلف الشدة والمصحوب احيانا بلغط
نفخى متميز جدا واحساس اليد الموضوعة على القلب بلغط مخصوص شبيه بلغط
الهر عند ما يمس جلده والميل لفقد الحس والحركة ووقوف الدورة
والاحتقانات المصلية واما آفات التنفس فهو ان يكون فى العادة شاقا نفخيا
بعد ادنى حركة عنيفة وتكون حرارة الجسم قليلة العظم ويحس المرضى ببرد عظيم
وتضعف الوظائف العامة ولاسيما وظائف الحركات الانتقالية بل ربما وقعت
فى الخدر لكن لا تدوم تلك الاعراض المذكورة دائما بهذه الدرجة مدة دوام

الداء فيصح ان يقال ان سير هذا الداء مركب من نوب وفترات متوالية ولا يشاهد كثيرة فقد الحس والحركة والضربات الاهتزازية للقلب والاختناقات المهددة بموت المريض الا فى مدة شدة النوب وليس لعود النوب قانون دائم فان من المحقق ان الحركات العنيفة والتعب والانفعالات النفسانية كثيرا ما تسبب تلك النوب كما ان من المعلوم ايضا انها قد تظهر مع عدم وجود سبب تحال عليه وهى فى الشتاء اكثر منها فى الصيف ومدة النوبة تختلف فقد تطول مدة ساعات وتأخذ فى الانحطاط تدريجا وانتهاء هذا الداء فى اغلب الاشخاص محزن ومع ذلك هنالك من تعود له الصحة التامة ومنهم من لا يعرض له الموت الا بعد جملة سنين ويعرض احيانا لجأة ولكن فى الغالب يسبقه نزع وقلق واختناق وهبوط وعرق بارد

والآفات التشريحية التى توجد فى الرمة اولها واكثرها هو بقاء ثقب بوتال منفتحا اعنى اختلاط اذينى القلب ببعضهما مصحوبا ذلك فى العادة بمانع لمرور دم الاذين اليمنى فى البطين المحاذى لها او فى الشريان الرئوى فقد يوجد ضيق او انسداد تام فى فتحة هذا الشريان او ضيق فى الفتحة الاذينية البطينية اليمنى وقد يتطابق ذلك مع ضخامة البطين والاذين الايمنين او احد هذين التجويفين فقط واحيانا يضيق تجويف البطين وثانيها تفرق اتصال فى الحاجز البطينى وثالثها بقاء القناة الشريانية فى بعض الاشخاص ورابعها انفصال الاذينين عن بعضهما جيدا وانفتاحهما فى البطين الايمن الذى يكون ضيقا خاليا من الفوهة الاذينية وفيه اصل الاورطى وخامسها خروج الاورطى والشريان الرئوى من البطين الايسر واما البطين الايمن فيكاد ان يكون ممحوا ويكون الحاجز بين الاذينين مثقوبا وسادسها قد يبقى ثقب بوتال محفوظا وتزول الاورطى بعد ان تجهز الجذوع المخية والذراعية واما الشريان الرئوى فيقبل الدم من البطينين ولذا يتكون منه الاورطى النازل وسابعها شوهد ان الجذوع الغليظة الشريانية غيرت محلها بحيث ان الاورطى نشأت من البطين الايمن والشريان الرئوى من الايسر مع بقاء ثقب بوتال والقناة الشريانية

مفتوحين

مفتوحين او القناة فقط وثامنها شوهد فى بعض الاحوال ان القلب انما
كان مكونا من اذين وبطين فقط وتاسعها اتفق انه وجد وريد ان اجوفان
علويان مفتوح احدهما فى الاذين الايسر هذا ما يتعلق بالموضوع الذى نحن
بصدده ووراء ذلك مباحث لا حاجة لنا بالدخول فيها فقد شاهدنا فيما ذكرناه
ان الآفات المذكورة فى اعضاء مركز الدورة لها نتيجة مشتركة بينها
وهى اختلاط الدم الاسود بالاحمر ومن تلك الآفات ما لا يحصل منه هذا الخلط
كبقاء ثقب بوتال منفتحا مثلا ولذلك لا تكون تلك الحالة مصحوبة بالسيانوز
مصاحبة لازمة اما اذا بقيت القناة الشريانية اونشأت الاورطى من البطينين
اوكان مع اتصال التجاويف اليمنى باليسرى مانع منع سير الدم فى الاوائل
فان جزأ عظيما من الدم الاسود يختلط ولا بد بالدم الاحمر واذا انضم للحالة التى
يوجد فيها اتصال غير اعتيادى بين تجاويف القلب الايمن والقلب الايسر
مانع منع سير الدم فى البطين الايمن اوفى الشريان الرئوى فان خلط الدمين
لا يكون هو السبب الوحيد لتلون الجلد ولا لانتفاخ بعض الاعضاء
ولا للاحتقانات المصلية ولا لغير ذلك لان من الواضح ان العائق الذى
تكابده الدورة يعين فى كثير من الاحوال على تولد هذه الظاهرات الى ضيق
الفوهة الاذينية البطينية اوالبطينية الرئوية ينشأ عنه لغط النفخ واللغط
الهرى اللذان نشاهدهما فى بعض الاشخاص نقول نعم هذا هو المشاهد
يقينا

ثم من الآفات التى ذكرناها ما هو دائما خلقى كخروج الاورطى من البطينين
ومنها ما يكون تارة خلقيا وتارة عارضيا كاتصال التجاويف اليمنى باليسرى
والاسباب التى تحدث اغلب الآفات الخلقية التى يكون السيانوز من نتايجها
يعسر معرفتها لكن من المعلوم ان اتصال التجاويف اليمنى باليسرى قد يحصل
على سبيل العرض من التهاب تقرحى للحاجز الاذينى اوالبطينى اومن تمزق
فى هذه الحواجز وسيما الحاجز الاذينى بسبب حركات عنيفة مستطيلة المدة
وقد يتفق ان يمنع مانع سير الدم فى الفوهة الاذينية البطينية اليمنى اوفى الفوهة

البطينية الرئوية ولاسيما فى الازمنة الاول من الحياة فيحصل من ذلك اتصال غير اعتيادى بين الاذينين بان يبعد الصفائح الصمامية التى يتقاربها والتصاقها ببعضها ينسد منها ثقب بوتال ومثل هذا المانع قد يحصل فى باطن الرحم فيصح ان يعتبر سببا كافيا لانفتاح هذا الثقب واما من جهة تشخيص الداء فانه متى وجدت الاعراض التى ذكرناها جاز ان يجزم بان هنالك اختلاط كمية من الدم الاسود بالاحمر وان هذا العرض السيانوزى ليس هو النتيجة الوحيدة لمانع الدورة فى التجاويف اليمنى للقلب فيعسر جدا بل يتعذر ان تعين بالضبط فى هذه الاعضاء المركزية للدورة الآفة التى بها حصل اختلاط هذين الدمين ببعضهما نهاية ما يمكن ان يظن ان هذا الخلط يحصل بواسطة ثقب غير اعتيادى فى الحاجز بين البطينين او بين الاذينين اذا عرف وجود مانع فى الدورة ناشئ اما من ضيق فى الفوهة البطينية الرئوية اوفى الشريان الرئوى واما فى الفوهة الاذينية البطينية اليمنى اوفى نفس تجويف البطين الايمن فضيق هذين النوعين الاخيرين هو الذى يتوافق فى الغالب مع بقاء ثقب بوتال

العلاج * هذا الداء من الداآت التى تعجز الصناعة عن مقاومتها اذ ليس عندنا واسطة لقطع الاتصالات الغير الاعتيادية التى توجد فى بعض الاعضاء المركزية للدورة ولا لازالة موانع سير الدم التى تتوافق غالبا مع هذه الاتصالات بل ربما كانت الطبيعة فى ذلك اقوى من الصناعة الطبية كما يشهد بذلك بعض امثلة فى كتاب الطبيب جنترالد انقادت فيها تلك الهيئة العضوية التى نشأ عنها هذا الداء للطبيعة نهايته ان هنالك وسائط لتخفيف آلام المريض اما وسائط الحفظ من حصول هذه الآفة فمعدومة عندنا فى الحالة التى تكون فيها خلقية واما السيانوز الغير الخلقى فكثيرا ما يكون نتيجة حركات عنيفة فينبغى حسب الامكان التحذر من مثل تلك الاسباب ومن المعلوم ان كثرة الصياح القوى وطول مدته فى الاطفال الصغار قد يتسبب عنه حصول هذا الاتصال بين الاذينين ولا يخفى عسر تبعيد اسباب مثل هذا الصياح واما الوسائط المناسبة للمصاب بهذا الداء فهى كلها صحية كأن يوضع الطفل فى هواء نقى ساكن وفى درجة

حرارة

حرارة مرتفعة كأن يقرب لنار خفيفة وان يدلك رأسه وجسمه بلطف لما علمنا
من ان المصاب بهذا الداء يكابد بردا شديدا وان تمنع عنه الرياضة الشاقة
والحركات العنيفة بقدر الامكان واذا كان يتعاطى الاغذية فلتجعل له من
المنبهات ويحجب عن كل ما يثير الحركات النفسانية فهذه هي الوسائط التي
قد يترجى منها تخفيف الاعراض وتكون سببا لاطالة الحياة زمنا ما ولعل
الطبيعة تساعد ذلك وتتمم نتايجها الجيدة وعلى كل حال فهذه كلها وسائط
ضعيفة والداء خطر صعب العلاج والله هو المنجي الشافي واما العوارض التي
تعرض في سير الداء فتعالج بما يناسبها ويندر أن يحصل منها نتايج مغمة واكثر
هذه العوارض حصولا واهمها هو حصول الامتلاآت الوريدية الجزئية التي
يكون مجلسها تارة في الرأس وتارة في المعدة وتارة في الرئة ويحصل منها
انحرامات شديدة مختلفة فتظهر نوب حقيقية بل قد تستدعي تلك الاحتقانات
معالجة قوية ومع ذلك يعسر ان يوضع لذلك العلاج قوانين ثابتة لكن قد تكون
الاستفراغات الدموية الموضعية والعامة لازمة ضرورية في بعض الاحوال
غير ان استعمالها يستدعي غاية الاحتراس ومثل ذلك ايضا بقية الوسائط المضعفة
التي لا تستعمل في الآفات الضعفية الا لاجل ايقاف العوارض الثقيلة
فاذا كان السيانوز نتيجة التهاب رئوي كانت الوسائط المناسبة له هي وسائط
هذا الالتهاب اذ ليس هو حينئذ الا عرضا له

المطلب الثاني

في انورسما القلب اى اتساع تجاويفه

يندر ان يشاهد في الاطفال الرضع الانواع المختلفة للانورسما التي تشاهد كثيرا
في سن متقدم عن ذلك والغالب ان التجاويف اليمنى للقلب يوجد فيها من وقت
الولادة الاختلاف في السعة الذي يوجد فيها بالنسبة للتجاويف اليسرى مدة
الحياة كما اكد ذلك بليار في جملة اطفال بالتشريح بعد الموت قال ومع ذلك
كثيرا ما وجدت تساوي البطينين في الاتساع وسموكة الجدران مع ان ذلك اندر
من السابق ثم قال ولم يتفق لي مشاهدة الاتساع الضعفي اى المركزي لتجاويف

القلب الامرة واحدة فى رضيع ويظهر لى ان هذا المثال عظيم الاهتمام لان الطفل توجد معه علامات شبيهة بما يشاهد فى الكبار البالغين المصابين بهذا الداء وهاهو المثال

انورسما ضعفية فى القلب * طفل انثى عمره يومان قوى البنية جيد التركيب دخل بيت المرضى فى اليوم الاول من سبتمبر فشوهد انه كان يحصل له احيانا غشى مستطيل المدة بحيث يظن موته وكانت ضربات القلب فى الغالب خفية بطيئة غير منتظمة وصياحه قويا تاما ويسمع من القرع على صدره صوت شديد الرنانية ويسمع تنفسه من جميع الجهات ولما لم يوجد معه اعراض اخر مخصوصة رد للمرضعات وامرن بمراعاته والاحتراس عليه فمكث هنالك الى آخر اكتوبر فتعددت العوارض التى ذكرناها وتكررت كثيرا فاعيد لبيت المرضى ووجد حينئذ فى حالة هبوط زائد وكان تنفسه عسرا جدا متعبا واحيانا اختناقيا ووجد معه لون مزرق فى جناحى الانف وفى الشفتين ويعرض له غشى نحو مرتين او ثلاث فى اليوم وكان نبضه صغيرا غير منتظم واطرافه دائما باردة اوذيماويه وصياحه انينيا كانين النزع ومات فى اليوم الثانى من نوفمبر حال كونه يتقيأ موادا مسمرة دمويه ولما فتحت جثته وجد الغشاء المخاطى المعوى عديم اللون وعلى سطحه تصعد دم اسود سائل وفى القسم اللفائفى الاعورى بعض ضفائر جرابية منتفخة وكل من الحافة الخلفية والفص السفلى للرئة اليمنى متكبدا تكبدا متينا والقناة الشريانية مفسدة والقلب كبير الحجم كبيضة دجاجة وكأن البطين والاذين الايمنين هما اللذان يتكون منهما حجم القلب فكان تجويفهما كبير الاتساع وجدرانهما رقيقة كورقة كتابة واما التجويفان المقابلان لهما فكانا ضيقين جدا وجدرانهما ضخمة والفوهة بين الاذينين قاربت الانسداد بالكلية وفوهات القلب وصماماته خالصة مفتوحة ووجد المخ متينا كثير الاحتقان

ويقرب للعقل ان تمدد التجاويف اليمنى للقلب فى هذا الطفل نشأ من كون التجاويف اليسرى حصل فيها ضخامة وضيق فلا تقبل الدم قبولا تاما

فيضطر

فيضطر لان يتراكم فى البطين والاذين المقابلين لهما اى الايمنين فيمددهما تمددا زائدا فقد عرض فى هذه الحالة ما يشاهد مثله فى الكبار البالغين الذين يوجد فيهم تضايق فى الفوهات البطينية والاذينية او تولدات كلسية فيها

ويؤيد ذلك مشاهدة لكروفلير فيها انورسما التجاويف اليمنى للقلب وانسداد فوهة الشريان الرئوى وموت الطفل فى اليوم الخامس من ولادته وهى ان طفلا ولد فى ثمانية اشهر ونصف من اشهر حمله فكان فى حالة ضعف زائد وتنفسه لا يتم الا بعسر فكان غير تام وشاقا جدا وربما كان تشنجيا ومات بعد خمسة ايام وفى فتح رمته وجد القلب عظيم النمو مالئا لنحو نصف الصدر ودافعا الى الخلف الرئتين اللتين كان فيهما بعض عظم وكان عظم حجم القلب ناشئا من اتساع تجاويفه اليمنى التى يتكون منها سبعة اثمان العضو وكانت التجاويف اليسرى صغيرة جدا وفيها اشبه معلقة وكان صمام الفتحة الاذينية البطينية اليمنى متثبتا فى الجدران البطينية بحيث لا يمكن فصله منها حتى ان الدم يمر باطلاق من البطين للاذين ومن الاذين للبطين وشوهدت تحببات سابحة شاغلة للحافة السائبة من الصمام وكانت فتحة الشريان الرئوى منسدة بالكلية مع كون هذا الشريان نفسه واقسامه فى غاية السلامة وكانت الحفرة البيضاوية عظيمة جدا ولا يوجد من ثقب بوتال الا شق صغير موضوع فى الجزء العلوى من الحفرة ودخلت خلطة دموية فى هذا الشق وكان فى الصمام المتكون منه قعر الحفرة البيضاوية بعض انتفاش

قال كروفلير انظر كيف بقيت الحياة خمسة ايام فى هذه الحالة مع انه لم يصل للرئتين ولا قطرة دم من البطين الايمن ثم قال اظن ان وصول الدم للرئتين كان يحصل من القناة الشريانية لكن حصولا غير تام فيمكن ان الحياة تبقى اذا بقى ثقب بوتال خالصا انتهى

قال بليار ولم اشاهد انورسما الاوعية الغليظة فى الاطفال الرضع غير انى شاهدت مرة واحدة فى طفل عمره ثمانية اشهر تحدبا فى القسم الظهرى للعمود الفقرى وكان قوس الاورطى ومبدأ الاورطى النازل اوسع مما فى الحالة الاعتيادية

واظن ان ذلك ناشئ من العسر الذى يكابده الدم عند مروره فى سعة العرق لان الشريان نفسه يتبع اعوجاج العمود الفقرى وانحناءه

المطلب الثالث

فى انورسما القناة الشريانية

قال بليار اتفق انى وجدت فى مولود انورسما القناة الشريانية وذلك انه حمل الى بيت اللقطاء بباريس فى الخامس والعشرين من اكتوبر طفل عمره يومان فادخل بيت المرضى فى اليوم التالى فكانت قامته متوسطة كبنيته ايضا وتنفسه متعبا ووجهه منتقعا وصياحه احتناقيا ودرجة حرارة جسمه طبيعية ونبضه صغيرا متواترا وبقى على هذه الحالة يومين ثم مات فى الثالث بدون ان يشاهد فيه اعراض اخر غير ماذكرنا ولما اريد فتح جثته وجدت المعدة والقناة المعوية محلسا لاحتقان قوى دموى والكبد محتقنة بالدم ووجد فى الرئتين سدد والقلب اعظم مما يكون فى المولودين عادة ووجد اتساع متساو تقريبا فى التجويفين الجانبيين مملوء بالدم الاسود الذى تجمد حتى صار خلطا ووجدت القناة الشريانية على شكل نواة غليظة من نوى الكرز وقطرها المستعرض تقريبا ثلاثة خطوط ونصف ودائرتها تسعة خطوط واما من الظاهر فترى كانها مفتوحة فى الاورطى باتساع مع ان هذا الاتساع ظاهرى لايظهر الا من الخارج لان باطن الورم كان مملوأ بخلط ليفية آلية على هيئة طبقات كما يشاهد ذلك فى الاورام الانورسمية فى البالغين ولم يبق فى مركزها الا ثقب صغير تكاد ان لاتدخل منه ريشة غراب واما بقية اعضاء الجسم فليس فيها ماهو عظيم الاهتمام

ولا نرى ان هذه الاعراض فى هذا الطفل كانت نتيجة هذه الانورسما فى القناة الشريانية وانما يسهل توضيح ذلك بحالة الرئتين اذ ليس هناك علامة فى الخارج تدل على وجود هذا الداء قال بليار وانما ذكرت هذا المثال على وجه كونه حالة نادرة وذكر لى الطبيب بارون انه عثر على حالة شبيهة بذلك فى طفل لم يشاهد فى اعراضه التى كانت معه شئ مخصوص

المطلب

المطلب الرابع

فى التهاب القلب والاوعية الغليظة

التهاب هذه الاعضا فى الرضع نادر ويعسر تحقيقه وليس عندنا امثلة يقينية فيه فلذلك التزمنا ان نقصر الكلام على بعض تأملات فى تلون هذه الاعضاء فنقول ان السطح الظاهر لقلب الاطفال الصغار يكون احمر قاتما فيلزم ان يعتبر لونه الانتقاعى حالة غير طبيعية ولون الوجه الباطن لتجاويفه يكون ايضا احمر قاتما تختلف قتامته واحيانا يكون هناك فرق واضح فى اللون بين البطينين ومنظر التجاويف اليمنى يكون بنفسجيا بحيث يشبه لون الخشب المسمى بالبقم واما التجاويف اليسرى فتبقى حافظة للونها الاحمر الاعتيادى ففى هذه الاحوال يتسلطن الدم الوريدى وتكون الاوعية الغليظة محتقنة منه كجميع منسوجات الرمة والتعفن لا يحصل منه مثل تلك النتيجة حتى ولو اخذ فى التقدم ولا يوجد ذلك فى جميع الاشخاص الذين فيهم احتقان دموى عظيم قال بليار وهذا الاختلاف فى اللون الحاصل فى تجويفى القلب وشاهدته ايضا فى الشيوخ ناشئ من اسباب مخصوصة لم يتيسر لنا الوقوف عليها فلا نبحث عنها وانما يكفينا معرفة نتائجها

والمجموع الوعائى فى الاطفال عظيم الاهتمام بالانتفاخ الدموى الذى يكون هو مجلساله ولذا كان كثيرا ما يوجد فى المولودين سدد واكدام وانصبابات دموية فى اقسام مختلفة من الجسم ولاسيما فى الاجزاء الاكثر ميلا الى الاسفل كالاعضاء التى يتسلطن فيها مقدار عظيم من المنسوج الخلوى ثم ان الاوعية مع كونها ممتلئة ليست دائما ملونة بالدم المحوية عليه فاذا تتبعت فروعها فى سمك الاعضاء التى منسوجها مختلط بمقدار عظيم من هذا السائل شوهدت فى الغالب فى وسط المنسوج الذى تسبح فيه بيضاء او وردية قليلا قال وقد وصلت لذلك بابحاث تشريحية مارستها لتحقيق هل هذه الاوعية فى الاطفال الصغار تشارك الاعضاء المتوزعة هى فيها فى اللون كما شاهد ذلك تروسو فى بعض الحيوانات

المبحث الثانى
فى التهاب التامور

قد علم ان التهاب المنسوج الخاص للقلب نادر او عسر التحقق فى الاطفال المولودين واما التهاب التامور فهو اكثر وجودا منه بل ربما كان فى هذا السن الاول اكثر حصولا منه فى بقية اسنان الحياة فان من سبعمائة جثة من جثث الاطفال الذين ماتوا فى بيت الملتقطين رأيت سبعة فيهم علامات هذا الداء واضحة

واسبابه يعسر توضيحها خصوصا اذا اجتهد فى تقريبها للاسباب التى يظهر انها فى البالغين تحدث هذا الالتهاب ومن المعلوم ان بنيل ذكر من اسبابه الرياضة المتعبة والاعمال العقلية القهرية وعلى مقتضى دعواه ذلك ذكر قصة داء مريض يقال له ميرابو وموته وان شدة نشوته وصبوته وتركه التدبير المناسب وقوة فاعليته العقلية يظهر انها من زمن طويل جعلت فيه استعدادا لالتهاب التامور الذى اهلكه لكن مثل ذلك لم يشاهد فى الحياة الشبيهة بالمبدء النباتى فى المولودين الذين كثيرا ما يموتون بهذا الالتهاب فاذن يكفى ان تزيد الفاعلية الوظيفية للقلب فتزدوج قابلية التهيج الخاصة بالعضو ومن ذلك يلتهب الغشاء المصلى المحيط به فتحصل عوارض تختلف فى الثقل فنعد من الاسباب المهيئة لالتهاب التامور فى المولودين الفاعلية الشديدة التى تعرض فى وظائف القلب عند حصول الدورة المطلقة فهذا يقينا هو السبب الكثير الحصول لهذا الداء فى الاطفال المصابين بالانوريسما نظير الخفقان فى النساء العصبيات اللواتى هن موضوعات له

واعراض الالتهاب التامورى فى المولودين سهلة الخفاء لسهولة اشتباهه بامراض البلورا واغشية المخ واللين الهلامى للمعدة ويظهر غالبا ان الاطفال المصابين بالتهاب التامور يكابدون آلاما شديدة فيكون صياحهم شاقا وتنفسهم متعبا واحيانا اختناقيا ويكون الوجه مقطبا وكأن عضلاته منقبضة على الدوام وربما عرضت حركات تشنجية فى الاطراف ناشئة عن اهتزازات

فى العضلات والغالب ان سيرهذا الالتهاب يكون سريعا فيهلك الاطفال بدون
ان تظهر فيهم اعراض اقوى من التى ذكرناها فاذن يكون تشخيصه فيهم غير
ممكن ومع ذلك يصح ان ننبه على شئ وهو ان هذه الحالة العامة من الاضطراب
والضيق والهبوط والتألم فى المولودين تكون غالبا نتيجة لين هلامى فى المعدة
او التهاب تامورى او بلوراوى حاد فيصح ان نوجه القوة الحاكمة منا لهذه
الامراض الثلاثة المختلفة اذا شاهدنا فى الطفل المولود مجموع هذه العلامات
واما النبض فى هذه الحالة فلا يوجد فيه شئ مخصوص ومثل ذلك القرع
والاسماع فان فى جميع احوال الالتهاب التامورى التى شاهدها بليار لم يتيسر له
تشخيص الداء بعلامات واضحة من ذلك وانما الذى حقق وجوده عنده هو فتح
الجثة بعد الموت فوجد فى طفل عمره يومان التصاقات متينة بين وريقات
التامور بحيث يغلب على الظن انها اثر قديم لالتهاب تامورى نشأ مدة نمو الطفل
فى الرحم وشاهد فى تامورستة اطفال اخر انصبابا مصليا زلاليا وندفا مبيضة
ملتصقة على سطح القلب والجهة خفيفة بين ورقتى التامور ونقول فى بيان ذلك
اذا كان الطفل متقدما فى السن واصيب بهذا الداء ولم يمكنه ان يوضح المه جاز
ان يؤخذ من هيئة حاله بعض علامات كالذهاب بيده نحو القسم المتألم
عند اخذ النفس والاهتزازات الخفيفة للسعال لكن قد يشاهد فى الكبار كون
هذا الداء مكتوم الالم او خفيفه او معدوما فيه بالكلية ولا مانع من حصول ذلك
فى الصغار فلا توجد تلك العلامة فيضطر للضغط فاذا فعل الضغط من اسفل الى
اعلى على تقعير المعدة والجزء القريب للمراق الايسر تيقظ الالم وظهر اثره
على وجه الطفل فاذا كان الداء مصحوبا بالتهاب بلوراوى شديد الحادية خفى ذلك
الالم عادة فهذا هو سبب ضعف هذه العلامة واما ضربات القلب فتكون
اقوى واكثر تواترا من العادة غير انها تارة تكون منتظمة وتارة غير منتظمة
وتارة متقطعة ويقوم من ذلك الخفقان الشديد بحيث تشاهد بالعين تلك
الضربات وتارة لا يشاهد ذلك ولا تستشعر اليد بشئ من ذلك وقد اعتبر من
العلامات ايضا بروز الاضلاع فى القسم القلبى لكن ذلك انما يكون اذا حصل

انصباب فى تجويف التامور اوكان ذلك لعيب فى تكون القسم القلبى قبل ان يصاب التامور بالالتهاب ولا يخفى ايضا ان ذلك الانصباب انما يكون فى التاموري المزمن فيكون ذلك البروز علامة ضعيفة واما القرع على القسم القلبى فانه ينتج منه صوت اصم فى سعة تختلف نسبتها على حسب كمية الانصباب فقد تشغل الاصمية الثلث السفلى بل النصف من الجزء المقدم الوحشى للجانب الايسر من الصدر فتكون الاصمية ناشئة من وجود السائل فى التامور ومن ذلك يؤخذ ان هذه العلامة لا توجد الا فى بعض ازمنة الداء مع ان فى ابتدائه لا ينفرز من التامور مقدار عظيم يمدده حتى تؤخذ منه هذه العلامة اعنى الاصمية وفى الالتهاب التاموري المسمى باليابس اى الذى ليس معه انصباب عظيم وانما ينفرز فيه مقدار يسير من مادة غشائية كاذبة لا يسمع من القسم القلبى صوت اصم الا فى سعة تقرب لان تكون اعتيادية وانما قلنا تقرب لان وجود الغشاء الكاذب نفسه حينئذ والتهيج الانتفاخى الذى يكون القلب فى الغالب مجلساله يحصل منهما بعض اصمية فعلى كل حال لا يؤخذ من القرع علامة حقيقية مهمة فى التشخيص الا اذا كان هناك انصباب عظيم فان كان الانصباب متوسطا فى الوضع الاعتيادى للمريض اعنى الاستلقاء على الظهر كان شاغلا للجزء الاميل الى الاسفل من التامور فلا يعرف بالقرع وزيادة على ذلك ان الاصمية توجد فى آفات اخر غير ذلك الانصباب التاموري واما الاسماع فيعين بعض اعانة فقد ذكر الطبيب كولين انه يسمع منه فى هذا الداء لغط شبيه بقرقعة الجلد الجديد غير ان ذلك لم يشاهده احد ممن جاء بعده قال بوليو ولم يتيسر لى ايضا مشاهدة هذه العلامة الا فى واحد فى مارستان الرحمة لكن اذا كانت مشاهدة هذا اللغط فى هذا الداء نادرة فلتكن مشاهدة لغط الاحتكاك كثيرة الحصول وتختلف قوة ذلك اللغط ويكون شبيها فى كثير من الاحوال بلغط المنفاخ او المحك او المبرد او المنشار كما يشاهد ذلك فى تيبس صمامات القلب المصاحبة لضيق واضح فى الفتحة الموفق عليها تلك الصمامات وقد شاهدت هذا اللغط الاحتكاكى فى نحو ستة احوال بل ثمانية وتحقق هذه

الظاهرة ايضا كثير من الاطباء وبالجملة ليس لغط الاحتكاك او الجلد الجديد او المنفاخ او المبرد او المنشار هو الظاهرة الوحيدة التي يكشفها الاسماع في الالتهاب التاموري لان هذه الطريقة اذا فعلت في زمن يوجد فيه انصباب عظيم عرف ايضا ان اللغط المزدوج للقلب يكون ابعد عن الاذن من الحالة الاعتيادية وذلك يصيره اخفى واستر وهذا البعد للغطات القلبية قد يتوافق مع اصناف كثيرة من لغط الاحتكاك السابق كما يمكن ان يوجد مع غيبوبة هذه الاصناف نعم يعرف من الاسماع كاللمس ايضا التقطع وعدم الانتظام في ضربات القلب حيث يوجد ذلك في بعض احوال التاموري ولم يوضح احد من المؤلفين توضيحا كافيا لغطى الاحتكاك والقرقعة اللذين يسمعان في الالتهاب التاموري وظن الطبيب هوب ان لغط النفخ ينتج غالبا من زيادة قوة ضربات القلب لكن ذلك غير مقبول فان هناك احوالا يحصل من القلب فيها ضربات اشد مما يكون في التاموري ومع ذلك لم يسمع هذا اللغط النفخي الحقيقي وفي احوال اخر يوجد هذا اللغط مع ان الضربات ضعيفة وذكر هوب ايضا ان لغط النفخ في احوال اخر قد يكون نتيجة انتفاخ صمامات القلب وهو وجيه فان نتيجة هذا الانتفاخ ضيق الفوهة التي سملت فيها الصمام وانتفخ قال بوليود والاقرب ان هذا اللغط النفخي قد ينشأ احيانا من تكون اخلاط دموية في باطن القلب وتلك حالة كثيرة الحصول في احوال هذا الالتهاب وتكون بالضرورة عائقة لسير الدم في الفوهات والتجاويف القلبية ويصح ان يضم هذا السبب لسبب آخر سنذكره على سبيل الاختصار وهو ان احتكاك الوريقتين المتقابلتين من التامور اذا كانتا مغطاتين بالاغشية الكاذبة الخشنة الغير المتساوية يقوم منه ايضا سبب هذا اللغط النفخي او المبردي او المنشاري الذي يصحب التاموري الحاد ومن المحقق انه اذا وضع المسماع على جزء من الخارج محاذ لهذا الاحتكاك الخفيف سمع لغط نفخ شبيه بما ذكرنا ومن المعلوم ايضا ان الضغط الحاصل على القلب من الانصباب العظيم يمكن ان يتعب سير الدم في هذا العضو فينتج لغطا خفيفا نفخيا يعين على تأثير سبب من الاسباب السابقة واما لغط قرقعة الجلد

الجديد الذى سمعته مرة متميزا وتحققه بعدى كثير من الاطباء فاظن انه ناتج ايضا من احتكاك الوريقات المتقابلة للتامور ببعضها لكن اظن انه لاجل احداثه يلزم ان تكون الاغشية الكاذبة اكثف واكثر مقاومة ومرونة وخشونة من حالة اللغط النفخى الحقيقى واظن ايضا ان هذه الاغشية قد يحصل فيها التصاقات ليفية وان انجذاب هذه الالتصاقات مدة حركات القلب ربما كان له دخل فى لغط قرقعة الجلد وجميع ذلك شوهد فى فتح جثث اشخاص تحقق فيهم هذا اللغط المصحوب ايضا بلغط نفخ واضح وشخص فيهم الالتهاب التامورى من ابتدائه انتهى

واقرب الداآت اشتباها بالالتهاب التامورى هو البلوراوى الشاغل لجميع بلورا الجانب الايسر او جزئها السفلى وخصوصا الجزء القريب للتامور او المغشى للحجاب الحاجز لكن اذا تتبعت الوسائط الجليلة للبحث سهل تمييز هذين الداءين عن بعضهما او الحالة الموقعة فى الارتباك هى اجتماع الداءين معا وذلك ليس شديد الندرة ومن السعد فى هذه الحالة ان العلاج واحد فالغلط فى التشخيص بينهما غير مضر وكثيرا ما يوجد على السطح الظاهر للقلب فى الاطفال نمش احمر بنفسجى ويصحب ذلك غالبا انصباب مصلى دموى بل دم خالص قال بليار ولا اظن ان ذلك منسوب للالتهاب وانما الظاهر لى انه نتيجة احتقان ضعفى ولا تنس انه يوجد غالبا بل دائما مقدار من المصل فى تامور الاطفال الصغار ثم اذا تيسر تشخيص التهاب التامور فى الاطفال فليكن علاجه كما ذكر فى التهاب البلورا

المبحث الثالث

فى امراض الغدة تيموس

هذا العضو قابل لبعض امراض تعتريه فى المدة القصيرة لوجوده قال بليار وما شاهدت لهذه الداآت اعراضا مخصوصة وانما بفتح جثث الاطفال تشاهد هذه الغدة منتفخة شديدة الاحمرار وسهلة التمزق ونعتبر ذلك نتيجة التهاب يمكن فيما بعد ان ينتهى بالتقيح او الفساد انتهى ولنذكر ما شوهد من امراض هذه الغدة

حسبما ذكره اوغستيب

فعيوب هذا العضو هي عدم وجوده وصغره جدا او زيادة عدده وافراط جمه

واما آفات تركيبه فالالتهاب والتقيح والاسقيروس والدرنات والاورام الكيسية الشحمية والتجمدات الحصوية والتعظمات

فعدم وجود هذه الغدة يكون دائما مع عدم المخ واذا كان الجنين منتظم التركيب كانت هذه الغدة موجودة دائما وتقسيمها الى جملة فصوص متميزة لا يصح ان يعتبر حالة مرضية حقيقية وانما ذلك من وقوف في النمو فعدم المخ ليس شرطا لمنع نموها الا انه شوهد انها كانت صغيرة جدا وكبيرة جدا في الاجنة العديمي المخ ومع ذلك لم نشاهد في غير الاجنة المشوهة صغيرة الا واعتبر كونها نتيجة حالة مرضية ولم يرتبط بتلك الاختلافات ظاهرات مخصوصة

ضخامة الغدة تيموس اوالربو التيموسي * هذه الضخامة تخالف ماسبق اى انها يتعلق بها بعض ظاهرات فان عندنا مشاهدات كثيرة يؤخذ منها ان زيادة جمها قد يسبب تعباشاقا وعسرا عظيما في التنفس لكن نموها الغير الاعتيادى لا يصحبه دائما عسر التنفس لان عندنا امثلة كثيرة كانت الغدة فيها عظيمة جدا ومع ذلك لم يحصل تكدر في الجهاز التنفسي واعتبر بعضهم زيادة جمها نتيجة اوسبب الربو الاطفال ونسبوه لآفة في العصب الرئوى المعدي وعلى كل حال تخص من العوارض التي توجد مع ضخامتها هذا العسر التنفسي الذى ينتج من الانضغاط الحاصل في الرئتين اوفى الشعب من هذا العضو الذى نموه من الامام ممنوع بالقص وهناك عرضان آخران اقل لزوما من هذا العرض وهما الالم تحت القص وعدم امكان الاضطجاع على الجانبين وقد شرح الطبيب كوب هذا الداء وذكر انه يأتى نوبا دورية وهاهى الاعراض التى اعتبرها مشخصة له ففى مدة ازدراد اللبن اووقت الاستيقاظ من النوم تعرض النوبة دفعة مع صراخ وضجر وفى مدة تلك النوبة يكون اللسان عادة مجذوبا لخارج الفم وهذا الداء يصيب بالاكثر الاطفال قبل السنة الرابعة من سنهم وكثيرا ما يشتبه بالنزلة الاختناقية اوالربو الحاد للطبيب ملبار مع انه مخالف له

بالكلية فاذا حصلت النوب وقت الاستيقاظ من النوم فذلك انما هو لكون
التنفس مدة النوم كان اقل تعمقا فقلة اتساع الرئتين ترك للتيموس محلا واسعا
اما فى اليقظة فان هذا العضو يتعب بعظم حجمه تمدد المنسوج الرئوى لكن يعسر
دائما ان توضح دورية نوب الاختناق التى جعلها كوب صفة لهذا العسر
فى التنفس لان النتيجة يلزم ان تكون دائمة كالسبب الذى يحدثها وامثلة
هذه الآفة المذكورة ليست شديدة الندرة فان دبوة قدم الى ديوان الاطباء
عن قريب سنة ١٨٣٧ عيسوية مثالا لطفل عمره عشرة اشهر وكان يعتريه
نوب اختناق تدوم معه بعض ثوانى ثم بعدها يصير الطفل منشرحا منبسطا مع
جميع علامات الصحة الكاملة ولكن كان يحصل له بعض تعب فى الازدراد
ثم مات فجأة فى وسط نوبة من النوب ولما فتحت جثته وجد حجم الغدة تيموس
مزدوج حجمها الاعتيادى وجدران البطين الايمن كانت مسترخية
رقيقة وتجويفه زائد الاتساع وتشكك الطبيب اوغستيب فى قصر عسر التنفس
المصاحب فى العادة لضخامة الغدة على انضغاط اعضاء التنفس فقط لانه
يوجد غالبا مع ذلك بعض عيوب تركيبية فى القلب او فى الرئتين تعوق التنفس
والعائق قد يكون نتيجة الانضغاط الحاصل على الرئتين من الغدة وقد لا يكون
ومن الواضح ان هذا التغير العضوى ينسب له ايضا عسر التنفس

وضخامة الغدة مرض حصل من دراسته نتيجة بالنظر للطب الشرعى اذ قد
شوهد انه عرض للاطفال نوب اختناق تسبب عنها موت فجائى وكانت تلك
النوب نتيجة نمو غير اعتيادى فى الغدة تيموس ومع ذلك اتهمت مرضعاتهم كذبا
بانهم اختنقوا تحتهن مع ان اختناقهم انما كان بالسبب الذى ذكرناه قال اولفمير
واظن ان هذا من المبالغات

وقد اوصوا لهذا العسر التنفس وغيره من العوارض المنسوبة لضخامة الغدة
بادروكلورات الكلس والاسفنج المكلس والفحم الحيوانى ونحو ذلك من الادوية
التى سموها مضادة الخنازير واما الحراريق والمروخات فان نتائجها التسكين
على رأى الطبيب بورن وامر هذا الطبيب باستئصال هذا الجسم الغددى

اذا

اذا اخذ عسر التنفس فى التقدم وهدد باختناق قريب واوصى بفعل هذه العملية بالكيفية الآتية وهى ان يفعل فى الجزء المقدم من العنق بين العضلتين القصيتين اللاميتين شق كالشق الذى يعمل فى القطع القصبى فينكشف بذلك الطرف العلوى للغدة فيفصل من اعلى القص ثم تمسك هذه الغدة بجفت البوليبوس وتجذب جذبات متكررة ليقطع المنسوج الخلوى الرابط لها بالاعضاء المجاورة وتقلع كلها والطبيب المذكور لم يراع اخطار هذه العملية مع انها لم تعمل اصلا الا على جثث الموتى نعم جزم بانه يلزم التوقف فى فعلها اذا لم يهدد تقدم التعسر المستدام للتنفس باختناق سريع مهلك وحذر اولفير من فعلها وقال كيف يتجاسر عليها مع انه ليس هناك علامة واصفة تؤكد وجود الداء وجودا حقيقيا على انه شوهد ان هذه العوارض قد لا تنشأ من ضخامة التيموس وانما ينبوعها يكون فى التغير الآلى للقلب او الرئتين فالعملية لا تشفى وتزيل جميع اسباب الداء وانما تزيد فى اخطاره المحزنة

التهاب الغدة تيموس * قد وجد فى هذه الغدة بورات من الصديد اعنى خراجات وفساد فى التركيب يعلن كما هو واضح بوجود التهاب سابق فى منسوجها لكن يعسر جدا تشخيص هذا الالتهاب مدة الحياة وان ذكر سوفاج من اعراضه تعب فى الازدراد والتكلم وتقايى للاغذية وورم يظهر فى الجزء السفلى من العنق قرب القص مع انه يندر تقيح الغدة بعد التهاب خالص فاذا فصلت الامثلة الواقعية التى ذكروها عرف منها ان الغالب كون التقيح ناشئا عن درن لين وذلك تغير شاهده كثير من الاطباء

اسقيروس الغدة والدرن فيها * ماذكرناه فى خراجات هذا العضو يقال مثله فى الاسقيروس ومن الواضح ان هذه الاستحالة نادرة جدا حتى قال اولفير لم اشاهد ذلك اصلا وذكر كثير من المؤلفين ومنهم هالير انهم شاهدوه الا انهم ذكروا الامر الواقعى ولكن لم يفصلوه واما الذين زادوا على هذه التسمية شرح حالة الغدة فيؤخذ من مجموع شروحهم صفات تحمل على ظن ان التغير الذى اعتبر اسقيروسيا انما كان فى اغلب الاحوال درنيا

والغدة فى الاطفال المخنزرين تشارك غيرها فى الآفة الخنازيرية بدرنيات مختلفة فنسوجها يكون حينئذ اكثر اندماجا ومقاومة مما فى الحالة الاعتيادية فلا يميز فيها اثر خلايا فبالنظر لذلك تشبه الغدد الاخر الفصية او الحبوبية المتراكمة ويكون منظرها منظر هذه الغدد الاخيرة اذا كانت مجلسا لضخامة عظيمة فى الجسم

وقد يشغل محل الغدة اورام شحمية او دهنية لكن هل هذه استحالة فى الجسم نفسه او تراكم شحم عرض فى محل الغدة ولا فائدة لنا فى اطالة الكلام فى ذلك ولا فى التجمدات الحصوية والتعظمات التى شاهدها كثير من المؤلفين فى هذه الغدة نهاية ما نقول هنا لا ينبغى ان يظن ان هذه التعظمات العارضية انما توجد فى الكبار البالغين لان الطبيب بينجيرذ كر منها مثالا لبنت عمرها ثلاث سنين وماتت بعد ان اصيبت بسعال وعسر تنفس مهدد بالاختناق ولما فتحت الجثة وجدت الرئتان ملتصقتين بالبلورا الضلعية ووجدت الغدة تيموس متعظمة وان كانت اسفنجية

وبالاختصار يوجد فى الحوادث الواقعية ان التيموس قابلة لمثل التغيرات التى تعترى الاعضاء ذوات النسيج الخاص وان هذه التغيرات لا تسبب غير التكدرات الوظيفية التى تنسب لانضغاط الاعضاء المجاورة لهذا الجسم الغددى وانه يزاد على هذه الاعراض بعض نحول فى الاطفال الصغار

خاتمة * هذا نهاية ما نقوله فى الامراض الالتهابية فى الجهاز التنفسى والدورى فى الاطفال وربما يقال كان عليك ان تذكر امفزيما الرئة اى انتفاخها الريحى والربو والآفات العصبية عموما فى الجهاز التنفسى لكن نقول ان امفزيما الرئة وان كانت تحصل كثيرا للمولودين الا انه لا يحصل منها فيهم اعراض ولا عوارض خاصة غير ما يشاهد فى الكبار البالغين ومثل ذلك ايضا الآفات العصبية للجهاز الدورى فانها ليست مخصوصة بامراض الاطفال فالاولى احالة جميع ذلك على مؤلفات الامراض عموما وعلى المؤلفات الخاصة بامراض الاعضاء الصدرية نسأل الله ان يعيننا على جمع كتاب فيها

الباب

الباب العاشر

فى امراض الجهاز المخى الشوكى

دراسة هذا الفرع من امراض المولودين مهمة جدا وتقدم مشاهداته الكلينكية له اشتراك بمعرفة تركيب البنية لان الهيئة العضوية لمخ الاطفال المولودين لها تنوعات مهمة تدل على طبيعة آفاتهم المخية وسيرها فلنبدء بكلام وجيز فى نمو الجهاز الشوكى المخى فى فصل اول من فصول ثلاثة

الفصل الاول

فى نمو النخاع الشوكى والمخ

اعتبر كثير من المؤلفين حتى من زمن جالينوس ان النخاع الشوكى تابع للمخ واما الطبيب الماهر جال فاعتمد خلاف ذلك وسبقه به افلاطون وبركساجوراس وفيلوتين ومن المتأخرين تيدمان فمن الثابت الآن ان النخاع الشوكى ينمو قبل المخ الذى ليس هو الا انفراش منه وكان فى الاصل صغيرا جدا بالنسبة للنخاع

فنحو الاسبوع الثالث اوالرابع يشاهد فى تجويف الرأس والسلسلة سائل سنجابى مبيض وفى الاسبوع الرابع الى الخامس يميز جيدا النخاع المستطيل الذى يتقوس الى الامام فى محاذاة انثناء الرأس على السلسلة ويكون النخاع الشوكى حينئذ مكونا من خيطين ابيضين يأخذان فى الاستناد على بعضهما شيأ فشيأ فيتكون منهما شبه ميزاب مستطيل وفى الاسبوع السابع ينشق النخاع فى جميع طوله فتبتدأ حينئذ مشاهدة اصول المخيخ والانتفاخ المخى الذى تكونه يتوافق مع ظهور الاطراف العليا اى اليدين وفى ابتداء الشهر الثالث لايزال النخاع مفتوحا من نصفه العلوى ولا يوجد فى بقية سعته الا عضرط اى خط بارز مستطيل هو اثر انضمام حبليه الاصليين وتكون الحدبيات التوءميات الاربع كبيرة الحجم والطبقتان البصريتان ممتلئتين وانتفاخ النخاع ناميا نموا محسوسا وفى الاسبوع الثانى عشر لايمتد النخاع الا النصف العجز وتنضم الحدبيات التوءمية الاربع وتميز جيدا النتوات الثديية كالاجسام المحززة ايضا

وتوجد قناة باطنة ناتجة من انقلاب حوافى النخاع وبينها وبين البطين الرابع اتصال وتلك القناة تنسد من تكون الجوهر السنجابى الذى يتفرز من باطنها بحيث لا توجد نحو الشهر السادس فى الجنين الجيد التركيب وفى آخر الشهر الخامس تعظم التتوات الهرمية والحدبة الحلقية والاجسام المحززة ولا يخفى ان الجنين البشرى الى الشهر الرابع يوجد فيه هيئة استطالة ذنبية ثم يتناقص بسرعة تكون اكثر كلما كان النمو والاستطالة للعمود الفقرى اسرع فان سرعته على رأى تيدمان تتزايد فى الطول بخلاف النخاع فانه يبقى ثابتا فى محله وفى الشهر الثامن لا يمتد النخاع الا الى نحو الفقرة الرابعة القطنية وينتهى بخيوط عصبية هى المسماة بذنب الفرس وفى زمن الولادة يتم كمال النخاع الشوكى والنخاع المستطيل فتوجد فيهما الاجزاء المركبة لهما فى غاية التكون والتميز لان النتوات الزيتونية المكونة للبروز الجانبى تشاهد حينئذ فى غاية الوضوح وخيوطها الباطنة المتوسطة تنغمس فى الطبقات البصرية لتتكون منها ارجل المخ وتوجد الحدبة الحلقية مركبة من الياف يأتى بعضها من النصف الكرى الجانبى للمخيخ وبعضها من النصف المقابل له وتكون على هيئة طبقات تتعاقب مع مسطحات الالياف المتجهة بانحراف من النتوات الهرمية الى الطبقات البصرية

وفى مدة مكابدة النخاع الشوكى هذه النموات المختلفة يكتسب المخيخ والمخ شيأ فشيأ الشكل والتركيب الخاص بهما فالمخيخ الذى كان اولا مؤلفا من صفيحتين مائلة احداهما نحو الاخرى يعظم بعظمها تين الصفيحتين اللتين ترتفعان وتنضمان فوق البطين الرابع وتأخذان تدريجا هيئة فروع وفريعات ووريقات تنسب لهذا العضو والحزم الهرمية تنتج منها الطبقات البصرية والاجسام المضلعة اى المحززة التى تنتهى من الخارج بصفيحة تنثنى من الامام الى الخلف ومن الخارج الى الباطن لتتكون منها النصفان المخيان وهذان النصفان الغشائيا الشكل المنثنيان الى الباطن يكونان فى الشهر الثانى قصيرين جدا بحيث لا يغطيان الاجسام المحززة الا بعسر لكن كلما اخذا فى العظم غطيا على

التعاقب الطبقات البصرية والحدبات التوءميات الاربع والمخيخ ومن انثنائهما
على نفسهما تتولد البطينان الجانبيان فعلى مقتضى ذلك ينبغى ان نجزم بان
الكتلة المخية ناتجة من النخاع الشوكى واذا اردت سعة الكلام فى ذلك فعليك
بالكتب المطولة ولاسيما كتاب تيدمان فى تكوّن المخ الذى ترجمه جوردان
وطبع بباريس (سنة ١٨٢٣) عيسوية فاذا كان الحال كذلك لزم ان يوجد
فى النخاع الشوكى والنخاع المستطيل عند الولادة نمو تام بحيث يتمان وظائف
مهمة واما فصوص المخ فهى يقينا فى هذا الزمن قليلة النفع فتكون اقل تقدما
فى التركيب والامر كذلك ونبه تيدمان على ان المخ فى الاطفال الذين
عمرهم من ستة اشهر الى تسعة يكون جوهرا متماثل الطبيعة ولونه ابيض محمرا
ويعسر ان يميز فيه الجوهر السنجابى عن الجوهر الابيض قال بليار وقد اكدت
بالتشريح مرات كثيرة ما ادعاه تيدمان وها هو نتيجة بحثى فى هذا الموضوع
وحاصل ذلك ان لون النخاع فى الطفل المولود يكون واضح البياض ومركزه
سنجابيا لكن غير اللون الذى يكون فى الكبار البالغين لكونه هنا اكثر وردية
ولينا ويسهل فك الحبلين الجانبيين اللذين يعينان فى الابتداء على التكون
وقوامه يكون متينا بحيث يمكن قطع الحبل المتوسط الى قطع نقية خصوصا
فى محاذاة منتفخاته فمخ المولود لا يشبه مخ الكبار البالغين الا فى الشكل العام
ويختلف عنه فى القوام والمنظر والبياض فقوامه مثل قوام الغراء واذا قطع
قطعا خرجت قطعه نقية لكن لم تلبث قليلا حتى تلين من مماسة الهواء ولم يزل
غير موجود فيه الخط الفاصل القاطع بين الجوهر القشرى والجوهر الابيض
بحيث اذا قطع النصف الكرى من وسطه قطعا افقيا لم يشاهد المركز البيضاوى
لفيوسنس كما يشاهد ذلك فى الكبار ومع ذلك يعرف الموضع الذى سيشغله
الجوهر القشرى بوجود خط اقل تلونا من الجوهر المركزى يزحف على السطح
الظاهر للمخ فى طول التعاريج المخية والجوهر الابيض يكون فى العادة
شديد الاحتقان او يجتاز فيه كمية عظيمة من الاوعية قال تيدمان فجميع
الاجزاء التى يوجد فيها الجوهر السنجابى مترا كما الى كتل عظيمة فى البالغين

كما فى ارجل المخ والاجسام المضلعة والطبقات البصرية وغيرذلك رأيت فيها اوعية اكثر واكبر حجما مما فى الاجزاء المركبة من الجوهر النخاعى بعد زمن الولادة والاجزاء الموافقة للاجسام المضلعة فى مخ الجنين مركبة من جوهر متجانس ابيض مع لون محمر وتنفذ فيها اوعية كثيرة غليظة واما المخيخ فلا يوجد بين جوهريه اختلافات قاطعة فى المنظر كما فى سن متقدم عن ذلك ولكن يسهل تمييزهما فيكونان اظهر مما فى المخ

وكلما تقدم الطفل فى السن اخذت الاجزاء المركبة للمخ منظرها وشكلها وتركيبها التشريحى اللازم لها مادمة باقى الحياة فمن الشهر التاسع من الولادة الى سنة يكتسب الجوهر السنجابى زيادة فى القوة الحيوية تنتج يقينا من التنوعات التى تعرض فى تركيبه فيشاهد ظهوره اولا ورديا ثم محمرا ثم اسمر ثم سنجابيا محمرا ولننبهك على ان اجزاء الكتلة المخية التى تكون اقرب للنخاع المستطيل تكون ايضا اكثر تقدما فى البنية من الاقسام البعيدة عنه وذلك نتيجة طبيعية لكيفية تركب الجهاز المخى الشوكى الذى نموه يسير تدريجا من النخاع الشوكى الى المخ الحقيقى

فمخ الطفل يكون من وقت الولادة الى سنة فى حالة تنقل حقيقى بحيث ان هذا العضو الذى يكاد ان لا يكون فى الابتداء الا مجرد رسم يصل فى الشهر التاسع او السنة من الولادة الى التركيب الخاص بمخ الكبار البالغين وربما نسب لذلك التنوع العارض فى مخ الاطفال كثرة الآفات المخية فى هذا السن الذى نحن بصدده ومن المعلوم ايضا ان الاسنان الاول تظهر ايضا فى هذا الزمن ونسبوا لها من زمن طويل كثرة التشنجات وغيرها من الامراض المخية وكان هذا رأى بقراط وتمسك القائلون به بنسبته لهذا الطبيب الماهر المكنى بابى الطب ونحن لا نراه وان كان منسوبا لهذا الامام وانما نرى ان السبب الحقيقى للآفات المخية فى الاطفال الذين هم فى سن التسنين انما هو فى المخ لانه لما صار اكمل تركيبا صار اهلا لان يستشعر بالاحساسات والتأثيرات فالتسنين لا يكون الا احد الاسباب العارضية للامراض المخية والسبب المهيء انما يكون

فى التنوع

فى التنوع العضوى الذى عرض فى المخ وذلك هو الذى يلزم البحث عنه ومعالجته وليس المخ وحده هو الذى كابد فى السن الاول التنوعات العضوية التى ذكرناها بل مثل ذلك ايضا وظائفه فانها تنمو وتعظم مع ذلك فيتسلطن المخ بذلك شيأ فشيأ على الاعضاء الاخر ويصير اهلا لقبول التشععات الاشتراكية التى كان قبل ذلك بعيدا عنها فيصير حينئذ مركزا ومنظما للاحساسات ويمتد ذلك التأثر حتى للامراض اذ كثيرا ما نشاهد فى الايام الاول من الحياة تغيرات عميقة فى باطن الاعضاء لا يصحبها شئ من الاعراض الحمية ولا من الاعراض العامة ولا السمباتوية المرضية اى الاشتراكية اما فى السن الذى ذكرناه اى سن التسنين فيكتسب كل شئ شكلا جديدا فالحمى التى تكاد ان لا توجد فى المولودين الا بعسر شديد تثور هنا من ادنى سبب ومن ذلك يحصل اضطراب وانزعاج وصياح وتشنجات وحركة عصبية عامة يسهل ثورانها مع انها بارهية وقتية فى الاطفال الخارجين عن ذلك السن وقد ظهر من هذه الاعتبارات عسر دراسة امراض المخ فى الطفولية الاولى واتضح ان سببه هو عدم الكمال العضوى فى ذلك المخ بحيث انه ليس اهلا لان يكشف لنا العلامات والاعراض الخارجة لهذه الذاآت واما النخاع الشوكى فيكون اذ ذاك تام التركيب وعموده الفقرى اجتاز ايضا جميع ادوار تكونه بكيفية مشابهة له تقريبا فالسلسلة تقوم فى الاصل على رأى مكيل من ميزاب يبقى مفتوحا من الخلف زمنا ما وينسد بانضمام صفيحتى النتوات الشوكية لبعضهما والجمجمة تكون اولا من الباطن غشائية الشكل ويبكر ابتداء تعظمها من حوالى الثقب القمحدوى ويوجد فى مركز عظامها المختلفة نقطة اصلية للتعظم تمتد متشععة نحو دائرة العظام التى حوافيها وزواياها تبقى ايضا منفصلة فى زمن الولادة عن بعضها باجسام غضروفية اوغشائية تسمح للقطع المختلفة من التجويف الجمجمى بان تتحرك على بعضها بسهولة عظيمة واغشية النخاع والمخ يبكر تكونها ويوجد فيها الشكل والهيئة اللذان يكونان لها دائما بحيث تكون فى زمن الولادة ممتعة بجميع خواصها الحيوية العضوية ولذلك كانت

امراضها شبيهة من كل وجه بامراض الاغشية المخية فى البالغين ويحصل منها اعراض تشبه اعراضها فيهم تقريبا

وهيئة المجموع الوعائى فى النخاع الشوكى والمخ تحتاج لانتباه الاطباء لان التكدرات التى تعرض فى الدورة المخية الشوكية قد تكون ناشئة من الهيئة المذكورة لتلك العروق فتوجد اوردة غليظة سحائية شوكية تصعد على طول الاجزاء الجانبية للسلسلة وماعدا ذلك هنالك ايضا شبكة وريدية شرحها بريشيه موضوعة بين الام الجافية والوجه الخلفى لجسم الفقرات وهنالك اوردة اخرى شرحها دوبيترن وسماها بالنخاعية الشوكية وسماها شوسيير بالمتوسطة السلسلية معدة بالاكثر للنخاع ويوجد ايضا خلف الام الجافية طبقة سميكة من منسوج خلوى تكون فى الاطفال الصغار مرشحة بمصل مصفر غالبا قوامه يكون احيانا هلامى الشكل فينبغى الاحتراس من جعل ذلك مستنتجا مرضيا والشبكة الوريدية السلسلية تكون دائما محقونة بالدم وذلك ناشئ يقينا من البطئ الذى يحصل فى الدورة الوريدية للسلسلة فى هذا الزمن من الحياة واما الشرايين فلا يوجد فيها شئ مخصوص

ووجد الطبيب ماجندى فى هذه الازمنة الاخيرة بين الام الحنونة والوريقة العنكبوتية المنعطفة عليها مسافة يختلف اتساعها متقطعة كما قال اولفيير مسافة فمسافة بالجملة صغيرة خفيفة يوجد فيها على الدوام طول الحياة سائل مصلى متصل على رأى ماجندى بسائل البطينات المخية لكن انكر ذلك كروفلير كما سيأتى ومن المشاهد ان الام الحنونة التى هى وعائية بالذات عكس العنكبوتية الخالية من الاوعية اخف التصاقا بسطح النخاع والمخ فى الاطفال منها فى الكبار البالغين ويشاهد ايضا ان هذه الام الحنونة للنخاع اكثر خلوية وصلابة من الام الحنونة التى للمخ وشاهد بيشا ان هذا الغشاء يصير اسمك كلما كان البحث فيه انزل الى الاسفل فلاجل ان يؤكد فى الاطفال حالة اللين او المتانة للنخاع ينبغى اخلاؤه من الام الحنونة وذلك يفعل بادنى سهولة والمخ والنخاع الشوكى يكابدان مدة الحياة حركات ارتفاع وانخفاض مستدامة

وقد

وقد مكثت تلك الحركات للنخاع مجهولة مدة طويلة والذى اشتغل بالاكثر فى بيانها هو اولفيير حيث قال هنالك ثلاثة اسباب واضحة تحدث الحركة التى تشاهد فى جميع طول الغمد الغشائى للسلسلة فاولا يصل الاهتزاز للنخاع من فعل التنفس على الدورة فى هذا العضو وثانيا من تمدد الاوعية واتساعها عند فيضان الدم وثالثا من وصول فيضان جديد من السائل السلسلى فى كل حركة تنفس

الفصل الثانى
فى عيوب التكون فى المجموع المخى الشوكى

وفيه ستة مباحث

المبحث الاول فى عيوب النخاع

عرف من هذه العيوب درجات كثيرة من اختلاف فى الطول والعرض الى عدمه بالكلية فالعدم الكلى للنخاع يسمى باليونانية اميليا ويظهر انه يكون دائما مصحوبا بعدم المخ وذكر مرجانى امثلة كثيرة لفقد المخ والنخاع معا ومثل ذلك ايضا اولفيير حيث نبه ايضا على ان معظم الاشخاص المصابين بهذا التشوه كان معهم ايضا داء الحدبة المسمى اسبنا بفيدا ومع ذلك لا يستنتج منها ان عدم الاجزاء المحوية تسبب دائما فقد الاجزاء الحاوية كما ظن ذلك بعضهم وانما الغالب حصول هذه الموافقة وكون فقد النخاع نتيجة مرض اولى من كونه نتيجة وقوف فى النمو

وقد يوجد فى النخاع الشوكى تشوه فى طرفه العلوى ففى حالة فقد المخ قد توجد الحدبة المخية وقد لا توجد الا فى حالة نشأة ابتدائية واحيانا يوجد فى الحبيل السلسلى اثر انقسامه الى جزءين جانبيين ويختلف ذلك الاثر فى العمق او يوجد مقطوعا فجأة فى محاذاة الفقرة الرابعة والاطفال المصابون بهذا التشوه لا يموتون وقت انفصالهم من الرحم لان القلب والرئتين اللذين يقبلان تأثير الاعصاب الذاهبة من اللب الفقرى او الطرف العلوى للنخاع قد يتممان وظائفهما زمنا ما بحيث يحفظان الحياة يوما او بعض ايام وذلك لان هؤلاء

الاطفال يتنفسون ويصيحون ويشربون اللبن بالمص ويزدردونه وكثيرا ما شوهد انفصال النخاع الشوكى بالفعل الى حبلين جانبيين وربما وجد ذلك مع داء الحدبة التامة وان كان الجلد سليما فى محاذاة تفرق الفقرات وهذا العيب فى التكون لا يمكن معه حصول الحياة المطلقة فالاطفال المصابون به يموتون تقريبا عند الولادة اولا يوجد فيهم علامة للحياة اصلا وهنا عيب آخر فى التكون وهو ازدواج النخاع ويوجد بالاكثر فى الاجنة المزدوجة وقد يوجد فى مركز النخاع الشوكى قناة ليست ناتجة الا من الامتداد الميخانيكى الذى يحصل فى هذا العضو من المصل الذى يتراكم فى مركز التجاويف المخية فى حالة الاستسقاء المخى او الاستسقاء السيسلى ومن الامراض الخلقية للنخاع الشوكى تلونه باللون اليرقانى وقد شرح هذا اللون عن قريب لوبستين وسماه كيرونوز وشاهده فى جنينين عمرهما خمسة اشهر ورأى ان هذا الداء مخصوص بالادوار الاول من الحياة داخل الرحم وسنذكر فى مبحث اليرقان احوالا يستفاد منها من هذا اللون ان هذا الداء قد يشاهد فى ازمنة اخرى غير الازمنة التى خصه بها هذا المشرح الموسقوبى

المبحث الثانى
فى اسيفاليا

كلمة يونانية مركبة معناها عدم الرأس فهى حالة معيبة فى التكون تقوم من عدم الطرف العلوى للجسم وهو غير انسيفاليا التى يعدم فيها المخ مع بعض من الاجزاء الواقية له واختلف المؤلفون فى درجات هذا العيب فمنهم من جعلها فقد الرأس فقط او مع بعض الاقسام او الاعضاء او صيرورة الطفل كتلة عديمة الشكل والانتظام لكن من المعلوم ان الرأس لا يفقد الا ويفقد معه شئ آخر من الظاهر او الباطن ثم تارة يوجد فى محل الرأس تورغشائى مخروطى وتارة لا يبدل بشئ ومنهم من جعلها فقد الرأس مع فقد جزء آخر من الاجزاء العليا من الجذع كالجزء العلوى من العنق او العنق كله او ارفع جزء من الصدر والاضلاع والذراعين واختار بريشيه اربعة انواع عدم المخ فقط او مع الفم او مع الصدر

اومع

اومع المعدة والشكل الظاهر لعديمى الرأس يختلف كثيرا والمهم من ذلك قصر الجذع واندغام الحبيل السرى فى محل اعلى عن محله الاعتيادى وانتفاخ الاجزاء التى تحت الجلد وارتشاحها وان يوجد فى الجزء العلوى شبه اثرة اوحلمة محمرة محاطة بشعر فيها فوهة او اكثر توصل غالبا لكيس اوتنتهى بحاجز غيرنافذ ومن تلك الفوهات فوهة توصل احيانا للقناة المعوية والغالب ان الاقدام تتجه اتجاها معيبا لحوا فيها الشظيية تلتفت الى الاسفل ورأسها الى الانسية وتكون هيئة اصابع اليدين والرجلين غير اعتيادية فتارة تنضم ببعضها بغشاء كاصابع الطيور السابحة وتارة توجد اصابع زائدة والغالب كون هذا المشوه من نوع الاناث وان يكون احد توائم من اب وام جيدى التكون والغالب نزول عديمى الرأس بعد الاجنة الجيدى التركيب فكأنهم مقهورون فى النمو ويكون حبيلهم السرى قصيرا غليظا مترشحا من جلاتين ورتون وان لا توجد الامشيمة واحدة لجنينين واما الرأس فيعدم وحده اومع ماذكرناه واما عدم البطن كله فلم يشاهد لانه محل اندغام للحبيل فهو اول جزء من البدن واصل لبقية الشخص ويحتوى على الجزء النافع للنمو حتى الغير الاعتيادى ويعلم من تعلق الرجلين بالبطن ندرة فقدهما وان شوهد احيانا وجود رجل واحدة وقد تكونان مقطوعتين

واما الصفات التى فى التركيب فكثيرة وعظيمة الاهتمام ولنذكرها بالاختصار على حسب الاجهزة والمجاميع فاولا المجموع العصبى قد يعدم معظمه فقد اتفق ان كلارك لم يجد اثرا للمحور المخى الشوكى ولا للاعصاب المحتوى عليها واما العصب الحشوى الثلاثى فلا يعدم اصلا لان الظاهر نموه نموا ذاتيا مع الشرايين والشرايين لا تعدم اصلا فهو مثلها ففى جنينين شرحهما بتشديد الراء بلندن كان هذا العصب زائد النمو مع ان الجزء العلوى من العنق كان معدوما كالعقدة العنقية العليا واما المتوسطة فكانت فى محلها الاعتيادى غير انه ذهب منها خيط غليظ اخذ فى الدقة حتى فنى فى الطرف العلوى اى الذراع المقطوع من الجنين والغالب ان يوجد جزء من النخاع مناسب فى الطول

للجزء النامي من السلسلة وكثيرا ما يبدل هذا الجزء بسائل تفنى فيه الاطراف السائبة للاعصاب واحيانا ينقذف الجيب المحتوى عليه الى الخارج فيوجد المرض المسمى اسبنابفيدا اى انفصال الفقرات وثانيا العظام تكون اقل كمالا وانتظاما فى النمو كما كان المجموع العصبى اقل كمالا ايضا وعظام الرأس تعدم دائما ويوجد اتما فى الحلمة التى ينتهى بها الجنين من الاعلى قطع عظمية غير طبيعية خالصة او متصلة بالجزء العلوى من السلسلة واعتبرت هذه اصولا لعظام الرأس وشوهد انضمام رأس القص برأس السلسلة وارتفع فى محل هذا الانضمام نتو مخروطى شبهه جيوفريه بالعصعص وشبه هذا المشرح الماهر العصعص بالرأس واثبت ان كلا منهما مركب من قطع رئيسة متماثلة فيهما وانما بقيت تلك القطع فى احدهما اصولا نشئية بسبب عدم كمال جزء المجموع العصبى المجاور لها واما فى الآخر فبالعكس ولا يخفى رجحان هذه المشابهة اذ يوضحها كون الرأس على شكل عصعصى فى عديم الرأس ومن الواضح ان المجموع العظمى يكابد آفات ايضا فالسلسلة يكون طولها مناسب للجزء الموجود من البدن فقد تعدم بالكلية وقد تصير قطعا تابعة للعجز والعصعص وقد تنحنى الى الامام وهذه حالة ليست عظيمة الاهتمام لان هذا التقوس من صفاتها الاعتيادية مدة الحياة داخل الرحم بل وفى زمن الولادة فعديم الرأس الذى انقطعت حياته فى هذا الزمن يلزم ان يكون على هذا الشكل وكثيرا ما تنفصل الفقرات على الخط المتوسط الى اقواس جانبية وتلك هيئة من صفات الداء المسمى اسبنابفيدا واما الحوض فيندر كونه معيبا ومع ذلك شوهد منفصلا الى جزءين من الامام فى محاذاة ارتفاق العانة او من الخلف على جانب العجز وشوهد فقد احدى الحرقفتين او تشوهه مع العجز وثالثا المجموع العضلى يرجع الى بعض عضلات منتقعة اللون رخوة يكون مقدارها على حسب كمال النخاع فاحيانا لا يكشف اثر للعضلات وقد لا يوجد الا اطرافها الوترية المندغمة فى العظام ويبدل الجزء اللحمى منها بمنسوج خلوى مترشح بالمصل ورابعا لا يوجد من اعضاء الحواس ما هو منتظم تام التركيب الا عضو

اللمس وخامسا لاتفقد القناة الهضمية كلها واوضح ذلك هو ان الحوصلة
السرية هى اصل البذرة ومنشأها وهى نفسها اصل المعا فجزء القناة الادوم
هو المحوى فى تجويف البطن فالغالب وجدان المعا فى سمك الحبيل السرى
وذلك امر اتضح عن قريب فى نمو هذا العضو وهو ان المعا والحوصلة المجهزة له
يوجدان فى الازمنة الاول من الحياة داخل الرحم فى الحبيل والادوم وجودا
هو الجزء السفلى الذى يصح ان يسمى بالاربى والغالب انتهاؤه فى المثانة
او مجرى البول او المهبل فتارة يكون كحاجز غير نافذ وتارة ينفتح بهذه القنوات
او المستودعات وقد يوجد تقطع فى المعا والغالب كون ذلك فى النصف العلوى
ويكون ذلك التقطع وحيدا او متعددا والطرفان المنسدان من المعا قد
يتجاوران وينضمان بواسطة خيط خلوى وقد يكون القطع تاما وظن بكلار
ان هذه التقطعات المعوية تحصل من انسداد مرضى فى المعا ورأى بلندن
خلاف ذلك وهو انها فى الابتداء اصلية طبيعية وان دوامها انما هو من وقوف
النمو لانه يقرب للعقل ان الامعاء ككثير من الاعضاء وسيما العظام تتكون من
قطع متعددة متميزة عن بعضها فى الابتداء ثم تنضم عند تمام نموها ويوجد
فى الامعاء زوائد ومعلقات عديدة والمعلقة الاعورية توجد غالبا وقد تعدم
ولا تحتوى الامعاء الا على جوهر لطيف فيه بعض تعفن ويختلف عن العقى
الاعتيادى وقد شوهد فيها مادة شبيهة باللبن المتجمد وشوهد فيها عقى متجمد
وارتباط هذه الامعاء بالماساريقا لا يتخلف الا نادرا وقد علم مما ذكرنا ان القناة
المعوية تكون منسدة من الاعلى ومن الاسفل او من الاعلى فقط والغالب
توافق عدم الشرج مع عدم العضلة العاصرة له وذلك ربما كان مانعا للجراح
من فعل شرج صناعى فى المحل الذى يشغله الشرج الطبيعى لانه على فرض
سهولة العملية لا يحصل منها الا ناصور حقيقى يسيل منه على الدوام المواد التى
لا يتأتى للمريض امساكها والكبد تعدم دائما واما دعوى مشاهدتها فيقرب
للعقل اشتباهها بالكلية اليمنى واذا وجدت كانت اكثر فصوصا من
العادة والمرارة لا تظهر اصلا وادعى بعضهم مشاهدة الطحال والبانقرياس

والغالب عدم وجودهما رأسا وسادسا اعضاء التبول والتناسل لا تعدم كلها فتوجد الكليتان غالبا وقد ينضمان الى كلية واحدة امام السلسلة ولكن تكون فصوصها اكثر من الحالة المنتظمة والمثانة ادوم فى الوجدان من الكليتين وتكون طويلة وليس لها قعر وتظهر فى سمك الحبل السرى وقد يعدم منها جدارها المقدم ومجرى البول وفى الحالة الاولى يلتف جدارها الخلفى من الظاهر على شكل حلمة فيبرز الى الخارج بين العانتين المنضمتين اوفى القسم الخلفى على مسير الخط الابيض الذى يكون من الاسفل غير تام ويسمى ذلك اكستروفيا المثانة اى بروزها الى الخارج وقد ذكرنا ذلك فى امراض اعضاء البول وسابعا اعضاء التناسل الباطنة اكثر وجودا من الظاهرة والغالب كونها غير تامة بحيث يعسر ان يعين منها نوع الذكورة او الانوثة ويقال ان الاكثر فى عديمى الرأس وجدان اعضاء الاناث لكن ذلك غير يقينى اذ يمكن كونها اعضاء الذكور غير انها ليست تامة الكمال بل اعتراها وقوف فى النمو ويؤيد الاول ماذكر عن مرجانى وذكرناه اول المبحث من ان الغالب وجدان الاناث وثامنا لا توجد الرئتان حتى فيمن تكون صدورهم فى غاية التركيب ويوجد فى موضعهما منسوج خلوى مرشح بالمصل وتاسعا يوجد فى المجموع الوعائى معارضات متضادة فالقلب منه لا يوجد رأسا والاوعية قد تتكون بدونه فيسير الدم بدون قلب بل بفعل الشرايين والاوردة فتكون دورة الدم غير متعلقة بالقلب كما قد تحصل فى كثير من الحيوانات الخالية عنه كالعلق والديدان والحيوانات المتشععة ولا يخفى ان ذلك يخالف قول هالير ان جميع نموات الجنين متعلقة بضربات القلب وان القلب قبل النمو الحيوى يجهز العصارات المغذية لجميع اجزاء البذرة وهو الذى يفصل البذرة من المبيض ويحملها فى البوق الرحمى واما فى زمن النمو الحيوى فان الطف جزء من المنى وهو المسمى بالبخار المنوى ينبه قلب البذرة ويحركه فعلى مقتضى هذا البيان الذى ذكره يتكون القلب كله قبل جميع الاعضاء الاخر للجنين ولا يمكن ان يحيى عضو قبله ابدا ولا تبتدأ الحياة فى الجسم الا اذا ضرب القلب

ضر بانه فجميع الاوعية والعروق تظهر وتنمو من اندفاعاته فعلى كلامه لايمكن وجود كائن بدون قلب لما انه هو اساس الحياة وسبب جميع الحركات العضوية ويلزم على رأيه ايضا ان يوجد القلب دائما ومعه العروق لانه يجهز لها دورة العصارة المغذية فاذا تخيل لنا القلب لم يوجد فما ذلك الامن غلط فى الابصار ناشئ من شفافية هذا العضو والافوجوده محقق عنده مع ان هالير نفسه ذكر بعض امثلة لاجنة خالين من القلب ووضح هذا العيب بقوله ان غيبوبة القلب كانت اولية وان الاجنة قبلوا الدم حينئذ من اوعية الرحم وسنرجع لذلك قريبا فالاوعية وان وجدت تختلف والقلب يعدم غالبا وربما لم يستثن من ذلك شئ واما الامثلة الدالة على وجوده فتبعد صحتها اواقله ان الاجنة الذين زعموا وجوده فيهم انما كانوا من عديمى المخ فقط ويقوى ذلك اشتباه عديم المخ بعديم الرأس عند كثير من الاطباء ومع ذلك عند نامثال محقق لوجود القلب فى عديم الرأس وذكره سير وكثيرا ما وجد فى محل القلب من الصدر امام السلسلة انتفاخ وعائى مشابه للعرق الظهرى فى الحشرات ثم ان المجموع الوعائى لعديم الرأس يوجد فيه دائما اختلافات كثيرة فى الهيئة الى نهايتها فى المجموع الشعرى فقد شوهد شريان سرى واحد فى الحبل وشوهدت احيانا اوعية بحيث لم يميز منها الحاملة من القابلة وعاشرا المنسوج الخلوى يكون اينار خوا مندى فى جميع المحال بمقدار عظيم من السائل المصلى

حيوية عديمى الرأس * كثيرا ما يعلم من عدم كمال الاعضاء فى عديمى الرأس عدم امكان قبول الحياة مع انه ثبت بالمشاهدة قبولهم لها فبعضهم مارس حركات عند ولادته واضطر لتقديم معظمهم لثدى المراضع فنموهم وان كان غير طبيعى الا انه لا يمكن توضيحه الا بالحياة وهى فيهم قصيرة جدا بحيث لا يمكن ان تبقى زيادة عن زمن الولادة فان المولود لا يعيش الا بشرط دخول الهواء فى الرئتين حيث يكابد الدم فيهما تنوعات مهمة مع ان الرئتين تعدمان فى عديم الرأس فلا يمكن ان يعيش فى الهواء الخالص وذلك عكس ما يكون مدة

الحياة داخل الرحم لان الجنين فى الرحم يعيش بحياة تبتية اى بولدية فتشوهاته التى تكون فى اعضاء ووظائفه مهما كان عظمها ومناسباتها الخارجية لا تمنع امكان حياته لانه يحتوى على الاعضاء الاصلية للتغذية الحقيقية وهى الاوعية فانها تشاهد فيه دائما فكما تكون هى المغذية للنباتات والحيوانات الصغيرة التى هى من ادنى رتبة تكون ايضا كذلك فى عديمى الرأس امافى الحيوانات الاعلى فى الرتبة فلا يكون المجموع الوعائى ممتعا بهذه الخصوصية الامدة الحياة الرحمية فالاعضاء الكثيرة التامة النمو الموضوعة خارج الاوعية انما جهزت لاجل الحياة الخارجية وبقيت بالنظر لتغذية الجنين فى حالة خمود تام معروف عموما عند الفسيولوجيين ماعدا القناة الهضمية والكبد فانهما مستثنيان من هذا القانون العام لان الظاهر ان لهما فى الجنين عملا مخصوصا

فالاوعية فى عديمى الرأس مع كثرة تشوهات مجموعهم الوعائى هى التى تنقل الدم كما فى غيرهم من جميع اجزاء الجسم ويوصل جزأ منه نحو المشيمة فيحصل فيه نضج تنفسى ويرجع دائما متحملا للمواد المغذية التى رسبتها اوعية الام فى خلايا الوجه الرحمى لجميع عديمى المخ لهم اوعية سرية معطية وقابلة والمشيمة فيهم تأخذ من الشرايين دما يرجع بعد ذلك الى الجنين متنوعا كما فى الاحوال الاعتيادية ومن حيث ان الشرايين والاوردة توجد دائما منضمة ببعضها بواسطة تفممات فى الصدر يكون من الواضح ان الدم يمر من احدها للآخر بقى علينا ان نبين كيف تحصل الدورة بدون قلب فظن ميرى ان دورة الجنين تكون تحت تأثير قلب الام مباشرة وبذلك يسهل توضيح الدورة فى عديمى الرأس ولكن لافائدة الآن فى الاشتغال باثبات هذا التوضيح الباطل المستند على اساس باطل وانما نكتفى بان نقول ان الدورة فى الجنين الجيد التكون تحصل جيدا فى الادوار الاول من الحياة فى زمن لم يكن القلب موجودا فيه وحينئذ يسهل ان يدرك كيف تدوم تلك الحالة الفسيولوجية فى الحالة التى حصل فيها وقوف للتكون لان القلب اما ان يكون باقيا فى حالة

نشأة اولم يتكون اصلا نهايته ان الدورة فى عديم الرأس تحصل بعسر ومن ذلك يحصل ماذكرناه من الترشحات الخلوية والرخاوة فى الاعضاء وذلك الامر اعنى الدورة فى المشوه الخالى من القلب مخالف بالكلية لرأى من يظن ان الاوعية لا عمل لها فى الدورة

فذلك هو مانراه فى كيفية الدورة فى عديمى الرأس وهنالك توضيحات اخر لغير هذا الطبيب فالطبيب بوبول اسس رأيه على مشاهدة جنين حيث لم يجد فى حبيله السرى الا الوريد السرى فقال ان جميع دم الوريد المذكور مستعمل فى عديمى الرأس للتغذية ولا يرجع منه شئ للمشيمة وونزلوف لما لم يشاهد فى الحبل الا الشرايين ولم يشاهد اوردة قال فى دم الشرايين كما قال بوبول فى دم الوريد وذكر ان عدم رجوع الدم هو السبب لترشح المنسوج الخلوى وظن مونرو ان الوريد السرى يقوم مقام الوريد فى طرفه المشيمى وبانضمامه مع دورة بقية الجسم بطرفه الجنينى يقوم مقام الشرايين اذ الامر بالعكس فى كون الشرايين تتم وظائفها الاعتيادية فى المشيمة والاوردة تتم وظائفها الاعتيادية فى جسم الجنين ولكن نقض هذا الرأى سهل اذ كيف يمكن ان اوردة الجسم التى هى توابع للوريد السرى تحمل الدم من المركز الى الدائرة مع وجود صماماتها التى لا يخفى تكوينها هذا غير ممكن اصلا وظن تيدمان مع ونزلوف ان الشرايين السرية تحمل لاورطى الجنين دم المشيمة ثم ان هذا الدم يتوزع فى جميع الجسم وبعد ذلك يرجع جزء منه فى المشيمة بواسطة الوريد السرى وهذا التوضيح بديع لكن لا يتيسر لنا اختياره وذلك لانه وان عرف منه بالضبط كيف يتكون باعتبار الاصل عديم الرأس كما سيأتى انما الا انه يعارض اختيار ان الجنين الذى يوجد فى حبيله ومشيمته شرايين واوردة مع جميع احوالها الاعتيادية بالنظر للتركيب بل وبالنظر للهيئة الظاهرة غالبا تنقلب فيه الدورة فالاوعية التى تكون فى العادة حاملة تصير قابلة والقابلة حاملة وايضا الوريد السرى فى عديمى الرأس يبعد ان يكون بحيث يتم فى المشيمة وظيفة الاخذ والقبول الذى نسبه له تيدمان وذلك لان عديم الرأس

الذى ذكره دسول ورسم صورته بكلار فى رسالته كان وريده السرى منتهيا فى الصافن العظيم من الجانب الايمن ومن المحقق ان هذا الوريد لم يمكنه ان يحمل للمشيمة الا دم الصافن الانسى لهذا الطرف مالم يفرض ان دم باقى الجسم يتجه نحو الصافن المذكور وذلك الفرض يبعده ادنى تأمل خصوصا اذا اعتبرت هيئة الصمامات المالئة للاوردة وفى بعض الاحوال وجد كما قالوا وريد سرى متفرع فى كثير من الاعضاء وشريان سرى متصل بالاورطى ولم يوجد الاجوفان فالدورة حينئذ تفعل ايضا بالاتجاه المذكور وانما الوريد السرى يوزع الدم فى اعضاء كثيرة ثم بواسطة بعض تفممات يصب فى الاورطى جزأ من الدم الذى كان حاملاله فجزء منه فى باقى الاعضاء وجزء فى المشيمة بواسطة الشريان السرى واما رجوع الدم الى خارج الاعضاء فلا يحصل اصلا ومن ذلك يحصل الترشح الذى ذكرناه ولا يستغرب التوزيع الشريانى من الوريد السرى فى كثير من اعضاء بعض عديمى الرأس لان ذلك يحصل فى الحالة الطبيعية بالنظر للفص الايسر من الكبد وبالاختصار من الواضح جدا فى بعض عديمى الرأس كالذى فى مشاهدة بويول حيث لم يوجد الا الوريد السرى ولم يوجد شرايين اصلا ان هذا الوعاء لا يكون بالنظر للجنين الا حاملا لا قابلا آخذا على رأى تيدمان

وهنالك ايضا وظيفة يتممها عديمو الرأس كما يتممها الجنين الجيد التكون وهى التنفيس المائى الذى عضوه هو الجلد واما المنوع المؤثر عليه وعلى الدم السائر فى الدورة فهو غاز قابل للتنفس محلول فى ماء الامنيوس وكشفه عن قريب لاسينيو احد الشبان الحذاق الكيماويين وهو تنفيس حقيقى جلدى منعنا من رد قبوله مشابهة الجنين لغيره اذ ذلك ثابت فى بعض الهوام

اسباب عدم الرأس * اختلفت آراء الناس فى ذلك فللمتقدمين آراء سخيفة ومذاهب غريبة غير مقبولة الآن كالامتزاج الغير المنتظم للنطف وتأثير الكواكب وغير ذلك من الخرافات وللعامة فى ذلك توهمات ايضا مثل تأثر الفكر بمشاهدة مرئيات بشعة قبيحة المنظر ولا حاجة للاشتغال برد هذه

الاراء

الآراء وللمؤلفين آراء اخر فنسبه ونزلوف وجال واسبرزيم وغيرهم لعيب اصلى في النطف وليكات وسندفور ومعظم المتأخرين لسبب عارضي اما الاول من هذين السببين فغير مقبول الآن وذلك اولا لان من المستغرب بان تلقحا واحدا وقتيا لنطفتين في امرأة واحدة يجعل احدهما جيد التكون والآخر ردىء التكون وثانيا كيف يوجد غالبا بل دائما بقايا رأس واذرعة وغير ذلك في اجنة كانوا اولا خالين من هذه الاجزاء ومن المتعصبين للاسباب العارضية المتأخرة بكلار فقال ان عدم الرأس ينتج في الاصل من مرض في المخ اوفي جزء من النخاع يختلف عظمه فمن ذلك تفسد تلك الاعضاء وظن هذا الماهر ان الاعصاب بعد هذا الفساد المخي لا تتكون اصلا ويتبع ذلك ايضا الاعضاء التي تتوزع فيها تلك الاعصاب ولكن هنا غلط بالنظر لانتظام نمو المجموع العصبي اوقع هذا المشرح الماهر في تخيلات كاذبة لسبب هذه الآفة لان الاعصاب تتكون قبل المركز المخي الشوكي ففساد المخ لا يمنع نموها لانها كانت مكونة قبل ان يوجد مع ان بكلار المذكور في آخر ازمنة حياته عرف هذا الغلط ورفض هذا الرأي والطبيب سيرا اجتهد في توضيح عدم الرأس بعدم نمو شرايينه واعترض ذلك بان النتيجة هنا اخذت سببا لان الاوعية انما تبتدأ في الاعضاء ومنها تمتد حتى تنضم ببعضها ويتكون منها مجموع وذلك يفيد ان الاعضاء تكون ارتسمت قبل ذلك ارتساما تاما فاذا فقدت الاوعية الرأسية في عديم الرأس فذلك انما هو لعدم نمو الرأس الذي تتوزع فيه واعتبر شوسير ومكيل وتيدمان وغيرهم هذه الحالة ناشئة من وقوف النمو لكن بدون ان يذكروا الاسباب الاول لهذا الوقوف قال بلندن وهذا الرأي هو الذي نختاره ونكتفي به في جميع الاحوال وهو مقنع للعقل وتؤيده المشاهدات الجديدة الصحيحة في النمو الجنيني للاعضاء ويطول بنا الحال لو ذكرنا جميع الامور الواقعية المقوية لهذا الرأي وانما نكتفي بذكر واحد فقط وهو ان من المعلوم ان الجنين يبتدأ من الحوصلة السرية وان الجزء الذي يتكون اولا من جسمه هو المعا والتجويف المحتوى عليه فاذا وقف نمو هذا الكائن بقي مكونا من

البطن والمعا الاغير فيكون من الاجنة العديمي الرأس الذين هم فى غاية النقص وهكذا فذلك يثبت ان وقوف النمو هو السبب القريب الكافى لعديمي الرأس ثم قد يقال هذا لا يكفى لايضاح جميع التشوهات التى توجد فى الاجنة المصابين بهذا العيب فمثلا كيف يوضح بذلك انتهاء الوريد السرى فى الصافن الايمن اوفى الكلية اليمنى فى بعض المشاهدات وقد اشتغل جيوفروه احد المتمسكين بهذا الرأى بالبحث على التأثيرات التى تنتج فى الجنين اختلاطا وخروجا عن الحالة الاعتيادية فاستنتج بعد ابحاث وتجريبات كثيرة ان الالتصاقات الغير الاعتيادية الحاصلة بين الجنين والبذرة تنتج التشوهات وسيما عدم الرأس ووصل بتجريباته الصناعية على البذرات بجملة انواع من التشوهات بوضعها فى احوال مختلفة استدعتها التجربة ثم لاشك ان التأثرات النفسانية القوية والضغط المستدام على البطن لاخفاء الحمل مثلا والامراض المختلفة للمشيمة جميع ذلك يتعب الدورة الجنينية او يمنع الاتصال الخالص بين الام والجنين فيكون قابلا لان ينتج العيب الذى نحن بصدده وهو عدم الرأس ومن اطلع على المشاهدات التى ذكرها المؤلفون لم يشك فى ذلك

المبحث الثالث

فى انسيفاليا (عدم المخ)

كلمة يونانية معناها عدم المخ وهو عيب فى التكوّن صفاته الذاتية هى الفقد التام او الغير التام للجزء المخى من الرأس فهو يختلف عن العيب السابق المسمى اسيفاليا اعنى عدم الرأس فى درجة تغير الطرف العلوى من الجذع ففى الاول اعنى انسيفاليا يكون محل العيب فى داخل الجمجمة وحدها او الجمجمة مع السلسلة بخلافه فى الثانى فانه يكون فى الراس كله مع غيره ثم ان لهذا التشوه انواعا قال بليار يصح لن تعتبر اقسامه من ضمور النصفين المخيين الذى يوجد احيانا فى البله المعتوهين الى الفقد التام للكتلة المخية وقد شاهدت درجات كثيرة منه انتهى والانواع المشهورة لهذا العيب خمسة كما قال جيوفروه الاول ان يعدم المخ بالكلية وتبقى قطع قبوة الجمجمة منفصلة على

الخط المتوسط وفى حالة نشأة اصلية وتتقذف الى الخارج وتتقلب الى الاسفل وهذا هو الانسيفاليا الحقيقية الثانى ان يوجد سائل كثير او قليل محوى فى اغشية المخ فيكون فى محل هذا العضو الذى لا يشاهد له اثر اصلا ما لم يعد هذا السائل نشأة مخية او مخا فى حالة نشئية وسمى ذلك جيوفروه ستنسيفاليا اى المخ الحوصلى او المثانى الثالث ان تظهر بعض اجزاء من المخ على قاعدة الجمجمة المشوهة التكون او فى الجزء العلوى من القناة الفقرية حيث اندفع نحوه هذا العضو وسمى ذلك ديرنسيفاليا اى المخ الرقبى الرابع ان يكون المخ كله متكونا ويمكن معرفة جميع اجزائه الا انه يكون موضوعا خارج الجمجمة ومحمولا على شبه عنيق نافذ من ثقبة هذه العلبة المخية المثقوبة بثقب بسبب عدم كمال فى نموها وسمى ذلك جيوفروه بودنسيفاليا اعنى المخ ذا العنيق الخامس ان يكون المخ فى حجمه الاعتيادى وكماله كالذى قبله غير ان جزأ منه موضوع خارج الجمجمة نافذ من تباعد نصفى القمحدوة عن بعضها فاتجه نحو القسم الظهرى تحت الجلد والاجزاء الساترة للعظم وسمى ذلك جيوفروه نوتنسيفاليا اى المخ الظهرى

واكثر المصابين بهذا العيب هم الاجنة الاناث كما وافق على ذلك مرجانى وميكيل وسمرنج وغيرهم ورأى آخرون ومنهم بريشيه ان نسبة الاناث المصابات بذلك للذكور اقل جدا فى الانسيفاليا من النسبة بينهما فى الاسيفاليا والمصابون بهذا الداء يكونون كالذى قبله من توائم الاجنة الجيدة التركيب والهيئة الظاهرة لعديمى المخ او مشوهيه عظيمة الاهتمام وسيما الرأس فانه يوجد فيه تنوعات عظيمة واحيانا يشاركه فى التشوه الجزء الظهرى من الجذع بخلاف الاطراف فانها تكون كالحالة الاعتيادية واما العضلات فتحفظ غالبا متانتها الاعتيادية وتكون مستديرة الشكل تشبه اشكال ما فى الجنين الجيد التكون وذكر بريشيه ان بعض هذه الاجنة يوجد معه نمو عظيم فى مجموعه الدهنى فى بعض اقسام من الجسم ويوضح ذلك بنقص القوة المكونة فى الاجزاء المخية وانتقالها للتالف المحال

ورأس هؤلاء الاجنة يكون مقلوبا الى الخلف نحو القفا وكأنه منخسف بين المنكبين فتارة يكون حجمه اكبر من الحالة المنتظمة وتارة اصغر وقد يكون على شكل قرعة عنقها المتوسط يحاذى محل فتق الاجزاء المحوية فى الجمجمة وخروجها نافذة من فتحة فيها ثم فى هذه الاحوال تارة يتسلطن الجزء المقدم من الرأس بزيادة حجمه وتارة يتسلطن الجزء المقابل له ويكون النصف السفلى من الوجه ابرز من العادة الا انه يحفظ اتجاهه الاعتيادى وعكس ذلك يحصل فى الجزء العلوى من هذا القسم فانه بانجذابه الى الخلف بالجمجمة المتعلق هو بها ينخفض فى هذا الاتجاه واحيانا يصير افقيا والانف يكون مفرطحا ومنفصلا اصله قليلا عن الجبهة والاعين تبرز جدا ويكون منها ارفع جزء من الرأس وتتجه الى الاعلى بحيث تقرب من اعين بعض الاسماك واحيانا يعدم الحاجبان واحيانا اخرلا يتصلان عن شعر الرأس الا بمسافة صغيرة جدا وصيوان الاذن كثيرا ما يتجه نحو المنكب الى الاسفل والخارج والجبهة وقمة الرأس يذهبان الى الخلف ثم تارة يكون جلد الجمجمة جيد التكون وفيه الشعر كالحالة المنتظمة وتارة يفقد من خلف الجمجمة واعلاها ويوجد بدله غشاء احمر كثير الاوعية يرتفع عليه فى بعض محال مرتفعات فطرية كثيرة الاوعية ايضا او اكياس مملوءة بخلط محمر واحيانا يوجد فى هذا الغشاء فتحات تنتهى بسد غير نافذ ورقبة هذه الاجنة قصيرة منحنية الى الخلف فتكاد ان تعدم من تلك الجهة اما من الامام فتكون فى غاية الظهور والبروز وتفرطح رأس بعض هؤلاء الاجنة يوضح الخرافات التى اشتهرت من ولادة بعض النساء هوام اوامساكا

واهم الصفات هو التكون الباطن للرأس لان هذا الجزء المخى من الجذع هو الذى يوجد فى تركيبه الآلى وحده تنوعات ولذلك يختلف هذا العيب الذى نحن بصدده عن عيب عديم الرأس بكونه لا يوجد معه عيب ولا تشوه فى الاحشاء الصدرية ولا البطنية واجزاء الوجه عموما تكون جيدة التكون بانتظام وانما يكون لها اتجاه مخصوص وهو الذى ذكرناه بخلاف الجمجمة

فانها تتكابد فى جدرانها والاجزاء المحتوية عليها تغيرات غريبة فالعلبة العظمية الجمجمية تكون غير تامة وسيما نحو القبوة فيصح ان يقال عموما ان هذا الجزء يبقى فى حالة سفلى من النمو واما قاعدتها فيكون فيها النمو الاعتيادى تقريبا ايصح ان تقول فى علة ذلك كما قال بعض المشرحين ان قاعدة الجمجمة يبكر ظهورها وتكوينها قبل القبوة فتكونها كمل قبل ان يقف نمو الباقى من الجمجمة وقبوة الجمجمة تكون دائما متفرعة فرعين اومكونة من قطع منفصلة عن بعضها على الخط المتوسط ثم تارة يمتد هذا التفرع المزدوج الى الانف والثقب القمحدوى وتارة يكون مقصورا على القمحدوة والقمة اوعلى القمحدوة وحدها ويندران يشاهد فى الجدارين فقط واندر من ذلك فى الجبهة وحدها ومن النادر ايضا ان توجد قاعدة الجمجمة مشقوقة واعجب ما شوهد من ذلك انفتاق جزء من المخ فى البلعوم وتلك العيوب فى الجمجمة تقوم من عدم انضمام الاجزاء التى تكون فى الازمنة الاول من الحياة منفصلة ويسهل ان يعرف فى قاعدة الجمجمة الثقوب التى تدخل فيها الاعصاب والاوعية

وحالة المخ تختلف جدا وتغيره يكون اكثر من تغير القطع العظمية للجمجمة وذلك لاختلافهما فى الوظائف فعظام قاعدة الجمجمة لها منفعتان حفظها للمخ واعانتها على تكوين دائر التجاويف المخصوصة باعضاء الحواس فاذا عدم المخ جاز ان لاينمو الجزء العلوى من الجمجمة او يبقى فى حالة نشئية واما ظهور الجزء السفلى فقهرى الا انه لايكون فيه استعداد لان يتكون منه من الاعلى تجويف يقبل الانطباع والتأثير وانما يصير محدبا فى تلك الجهة واما الاحوال المتقدم فيها هذا العيب اى التى هى من النوع الاول فالمخ يعدم فيها بالكلية كالمراكز العصبية الجمجمية والنخاع ينتهى اسفل عن محاذاة الجمجمة بالحالة التى سنذكرها ففى الحقيقة لا يوجد تجويف جمجمى وانما ينسد بخيوط كثيرة او اغشية آتية من المنسوج الخلوى المحمر ونعرف جيدا العنكبوتية والام الحنونة وتفنيان فى اثناء الاغشية السابقة التى يكون معها شىء

منهما يقينا لانه يشاهد فناءاصول الاعصاب فيما بينها او ربما سهل مشاهدة الام الجافية فى قاعدة الجمجمة ولكنها تعدم فى حوافى انفصال عظام القبوة وتلتصق فى محاذاة ذلك بالغشاء المحمر الفطرى الذى يكون دائما عوضا عن الجلد فى هذه الحالة وفى النوع الثانى من عديم المخ الذى هو المخ الحوصلى او المثانى عند جيوفروه لا يوجد اثر للدماغ وانما يوجد فى محله سائل مصلى متكدر تختلف كثرته ويكون محويا فى اغشية الدماغ كما هو واضح وتنضم تلك الاغشية بالجلد فتوجد موضوعة عليه مباشرة ووجد الطبيب كابن حالة من هذا النوع ابدل فيها المخ بجملة ديدان حوصلية واكياس منقسمة الى عنقودين والاعظم من هذه الديدان كان فى حجم بندقة ومنها ما لم يكد يبلغ رأس دبوس ويقرب للعقل ان هذين العنقودين الديدانيين انما هما الضفيرتان المشيميتان اللتان يتكون فيهما كما هو معلوم الديدان الحوصلية وفى النوع الثالث اعنى المخ الرقبى عند جيوفروه يوجد على قاعدة الجمجمة بعض بقايا من الدماغ مغطاة بسائل مصلى بعد داغشية ذلك الدماغ فتارة كما شاهد بكلار يوجد جميع البصلة العليا للنخاع والساقان المخيان المنتهيان بانتفاخ او بصلة وتارة كما شاهد غيره توجد الطبقتان البصريتان والجسمان المضلعان والحدبات التوءميات الاربع والجسم المخروطى اعنى الغدة النخامية والبطينات الجانبية والمتوسطة المتسعة جدا والمخيخ الرخو وتكون هذه الكتلة كلها حمراء فطرية من الاعلى وسائبة من الخارج وتارة يظهر ان المخ موجود كله ولكنه صغير ضامر فطرى ويكون منضغطا على قاعدة الجمجمة او يسرى الانضغاط الى الجزء العنقى من القناة الفقرية المنفصلة الى جزئين انفصالا واسعا واما الانواع الاخر اعنى المخى العنيقى والمخى الظهرى عند جيوفروه فان المخ فيهما يوجد ايضا تاما ولكن لا يبقى فى التجويف الجمجمى الشوكى وانما ينفتق الى الخارج فتارة ينفتق كله وحينئذ يكون محمولا على ساق او عنيق مكون من الجزء العلوى للنخاع وتارة ينفتق جزء منه ففى الحالة الاولى ينجذب المخ المنفتق غالبا الى الخلف بواسطة ثقله واحيانا يتقدم حتى يصل الى تحت جلد الظهر ويوجد

مع المخ فى هذه الفتوق العظيمة مقدار من المصل وتكون اكياسا دائما من اغشية الدماغ ومتوترة منضغطة مغطاة بالجلد والطبقة المجللة العامة

واصول الاعصاب الجمجمية لها خصوصية مهمة فبعضهم ذكر انها تكون غليظة جدا فى طرفها الجمجمى قال بلندن وعندى يقين على حسب مشاهداتى ان ذلك غير لازم واقله انه اغلبى فانى وجدتها فى الاثنين اللذين شرحتهما ضامرة بحيث رجعت الى مجرد غلافها العصبى وذهبت حتى فنيت فى المنسوج الخلوى الموجود فى قاعدة الجمجمة فاذا وجد سائل فى محل المخ يقال ان اصول الاعصاب توجد سابحة فيه ولكن مشاهدات جيوفروه لا تطابق هذه الامور الواقعية واذا كانت المراكز العصبية موجودة تجهت الاعصاب الزائغة نحوها والاوعية الشريانية والوريدية الجمجمية تكون قليلة النمو ولكنها توجد يقينا وتتفرع فى اغشية المخ او فى المخ نفسه او فى المنسوج الخلوى الشاغل محله

والقناة الفقرية يوجد فيها غالبا تنوعات فالسلسلة قد تكون منشقة تارة فى العنق فقط وتارة فى العنق والظهر معا ونادرا فى جميع طولها والصفايح الفقرية المنشقة تكون دائما منقذفة الى الخارج كما يحصل ذلك فى عظام قبوة الجمجمة واحيانا يعدم النخاع بالكلية سواء كان ذلك او من الاعلى فقط ويبدل كالمخ بمنسوج خلوى محمر او بسائل مصلى واحيانا يوجد النخاع الا انه يكون ضامرا مغطى بطبقات من غشاء كاذب موضوع بين منسوجه وورقة العنكبوتية المنسوبة له وشاهد هذه الحالة الاخيرة بلندن ووجد فيها النخاع زائد اللين ومنسوجه محتقنا كله بحمرة زائدة ومبذورا فى محال منه انصبابات دموية وهذه الآفات فى النخاع تكون اوضح كلما كان البحث فيه اقرب الى الرأس ثم خارج السلسلة فى محاذاة المحال المنشقة يشاهد تارة جيب متمدد بسائل وتارة غشاء بسيط محمر يكون عوضا عن الاغشية المجللة التى فى ذلك المحل وتارة يوجد الجيب معه

والآراء التى ذكرت فى اسباب عدم المخ يصح ان ترجع الى رأيين رئيسين

والغالب عدم وجودهما رأسا وسادسا اعضاء البول والتناسل لا تعدم كلها فتوجد الكليتان غالبا وقد ينضمان الى كلية واحدة امام السلسلة ولكن تكون فصوصها اكثر من الحالة المنتظمة والمثانة ادوم فى الوجدان من الكليتين وتكون طويلة وليس لها قعر وتظهر فى سمك الحبل السرى وقد يعدم منها جدارها المقدم ومجرى البول وفى الحالة الاولى يلتف جدارها الخلفى من الظاهر على شكل حلمة فيبرز الى الخارج بين العانتين المنضمتين اوفى القسم الخثلى على مسير الخط الابيض الذى يكون من الاسفل غير تام ويسمى ذلك اكستروفيا المثانة اى بروزها الى الخارج وقد ذكرنا ذلك فى امراض اعضاء البول وسابعا اعضاء التناسل الباطنة اكثر وجودا من الظاهرة والغالب كونها غير تامة بحيث يعسر ان يعين منها نوع الذكورة او الانوثة ويقال ان الاكثر فى عديمى الرأس وجدان اعضاء الاناث لكن ذلك غير يقينى اذ يمكن كونها اعضاء الذكور غير انها ليست تامة الكمال بل اعتراها وقوف فى النمو ويؤيد الاول ماذكر عن مرجانى وذكرناه اول المبحث من ان الغالب وجدان الاناث وثامنا لا توجد الرئتان حتى فيمن تكون صدورهم فى غاية التركيب ويوجد فى موضعهما منسوج خلوى مرشح بالمصل وتاسعا يوجد فى المجموع الوعائى معارضات متضادة فالقلب منه لا يوجد رأسا والاوعية قد تتكون بدونه فيسير الدم بدون قلب بل بفعل الشرايين والاوردة فتكون دورة الدم غير متعلقة بالقلب كما قد تحصل فى كثير من الحيوانات الخالية عنه كالعلق والديدان والحيوانات المتشععة ولا يخفى ان ذلك يخالف قول هالير ان جميع نموات الجنين متعلقة بضربات القلب وان القلب قبل النمو الحيوى يجهز العصارات المغذية لجميع اجزاء البذرة وهو الذى يفصل البذرة من المبيض ويحملها فى البوق الرحمى واما فى زمن النمو الحيوى فان الطف جزء من المنى وهو المسمى بالبخار المنوى ينبه قلب البذرة ويحركه فعلى مقتضى هذا البيان الذى ذكره يتكون القلب كله قبل جميع الاعضاء الاخر للجنين ولا يمكن ان يحيى عضو قبله ابدا ولا تبتدأ الحياة فى الجسم الا اذا ضرب القلب

ضر بانه لجميع الاوعية والعروق تظهر وتنمو من اندفاعاته فعلى كلامه لايمكن
وجود كائن بدون قلب لما انه هو اساس الحياة وسبب جميع الحركات العضوية
ويلزم على رأيه ايضا ان يوجد القلب دائما ومعه العروق لانه يجهز لها دورة
العصارة المغذية فاذا تخيل ان القلب لم يوجد فما ذلك الا من غلط فى الابصار
ناشئ من شفافية هذا العضو والا فوجوده محقق عنده مع ان هالير نفسه
ذكر بعض امثلة لاجنة خالين من القلب ووضح هذا العيب بقوله ان غيبوبة
القلب كانت اولية وان الاجنة قبلوا الدم حينئذ من اوعية الرحم وسنرجع
لذلك قريبا فالاوعية وان وجدت تختلف والقلب يعدم غالبا وربما لم يستثن
من ذلك شئ واما الامثلة الدالة على وجوده فتبعد صحتها واقله ان الاجنة
الذين زعموا وجوده فيهم انما كانوا من عديمى المخ فقط ويقوى ذلك اشتباه
عديم المخ بعديم الرأس عند كثير من الاطباء ومع ذلك عند نامثال محقق لوجود
القلب فى عديم الرأس وذكره سير وكثيرا ما وجد فى محل القلب من الصدر امام
السلسلة انتفاخ وعائى مشابه للعرق الظهرى فى الحشرات ثم ان المجموع
الوعائى لعديم الرأس يوجد فيه دائما اختلافات كثيرة فى الهيئة الى نهايتها
فى المجموع الشعرى فقد شوهد شريان سرى واحد فى الحبيل وشوهدت
احيانا اوعية بحيث لم يميز منها الحاملة من القابلة وعاشرا المنسوج
الخلوى يكون اينار خوا منتدى فى جميع المحال بمقدار عظيم من السائل
المصلى

حيوية عديمى الرأس * كثيرا ما يعلم من عدم كمال الاعضاء فى عديمى الرأس عدم
امكان قبول الحياة مع انه ثبت بالمشاهدة قبولهم لها فبعضهم مارس حركات
عند ولادته واضطر لتقديم معظمهم لثدى المراضع فنموهم وان كان غير
طبيعى الا انه لايمكن توضيحه الا بالحياة وهى فيهم قصيرة جدا بحيث لايمكن
ان تبقى زيادة عن زمن الولادة فان المولود لايعيش الا بشرط دخول الهواء
فى الرئتين حيث يكابد الدم فيهما تنوعات مهمة مع ان الرئتين تعدمان
فى عديم الرأس فلايمكن ان يعيش فى الهواء الخالص وذلك عكس ما يكون مدة

الحياة داخل الرحم لان الجنين فى الرحم يعيش بحياة نباتية اى بولدية فتشوهاته
التى تكون فى اعضاء وظائفه مهما كان عظمها ومناسباتها الخارجية لا تمنع
امكان حياته لانه يحتوى على الاعضاء الاصلية للتغذية الحقيقية وهى الاوعية
فانها تشاهد فيه دائما فكما تكون هى المغذية للنباتات والحيوانات الصغيرة
التى هى من ادنى رتبة تكون ايضا كذلك فى عديمى الرأس اما فى الحيوانات
الاعلى فى الرتبة فلا يكون المجموع الوعائى ممتعا بهذه الخصوصية الامدة
الحياة الرحمية فالاعضاء الكثيرة التامة النمو الموضوعة خارج الاوعية
انما جهزت لاجل الحياة الخارجية وبقيت بالنظر لتغذية الجنين فى حالة خمود
تام معروف ع وماعند الفسيولوجيين ماعدا القناة الهضمية والكبد فانهما
مستثنيان من هذا القانون العام لان الظاهر انهما فى الجنين عملا
مخصوصا

فالاوعية فى عديمى الرأس مع كثرة تشوهات مجموعهم الوعائى هى التى تنقل
الدم كما فى غيرهم من جميع اجزاء الجسم ويوصل جزأ منه نحو المشيمة فيحصل
فيه نضج تنفسى ويرجع دائما متحملا للمواد المغذية التى رسبتها اوعية الام
فى خلايا الوجه الرحمى لجميع عديمى المخ لهم اوعية سرية معطية وقابلة
والمشيمة فيهم تأخذ من الشرايين دما يرجع بعد ذلك الى الجنين متنوعا
كما فى الاحوال الاعتيادية ومن حيث ان الشرايين والاوردة توجد دائما
منضمة بعضها بواسطة تفممات فى الصدر يكون من الواضح ان الدم يمر من
احدها للآخر بقى علينا ان نبين كيف تحصل الدورة بدون قلب فظن ميرى
ان دورة الجنين تكون تحت تأثير قلب الام مباشرة وبذلك يسهل توضيح الدورة
فى عديمى الرأس ولكن لافائدة الآن فى الاشتغال باثبات هذا التوضيح
الباطل المستند على اساس باطل وانما نكتفى بان نقول ان الدورة فى الجنين الجيد
التكون تحصل جيدا فى الادوار الاول من الحياة فى زمن لم يكن القلب
موجودا فيه وحينئذ يسهل ان يدرك كيف تدوم تلك الحالة الفسيولوجية
فى الحالة التى حصل فيها وقوف للتكون لان القلب اما ان يكون باقيا فى حالة

نشأة اولم يتكون اصلا نهايته ان الدورة فى عديم الرأس تحصل بعسر ومن ذلك يحصل ماذكرناه من الترشحات الخلوية والرخاوة فى الاعضاء وذلك الامر اعنى الدورة فى المشوه الخالى من القلب مخالف بالكلية لرأى من يظن ان الاوعية لا عمل لها فى الدورة

فذلك هو ما نراه فى كيفية الدورة فى عديمى الرأس وهنالك توضيحات اخر لغير هذا الطبيب فالطبيب بوبول اسس رأيه على مشاهدة جنين حيث لم يجد فى حبيله السرى الا الوريد السرى فقال ان جميع دم الوريد المذكور مستعمل فى عديمى الرأس للتغذية ولا يرجع منه شئ للمشيمة وونزلوف لما لم يشاهد فى الحبيل الا الشرايين ولم يشاهد اوردة قال فى دم الشرايين كما قال بوبول فى دم الوريد وذكر ان عدم رجوع الدم هو السبب لترشح المنسوج الخلوى وظن مونرو ان الوريد السرى يقوم مقام الوريد فى طرفه المشيمى وبانضمامه مع دورة بقية الجسم بطرفه الجنينى يقوم مقام الشرايين اذ الامر بالعكس فى كون الشرايين تتم وظائفها الاعتيادية فى المشيمة والاوردة تتم وظائفها الاعتيادية فى جسم الجنين ولكن نقض هذا الرأى سهل اذ كيف يمكن ان اوردة الجسم التى هى توابع للوريد السرى تحمل الدم من المركز الى الدائرة مع وجود صماماتها التى لا يخفى تكوينها هذا غير ممكن اصلا وظن تيدمان مع ونزلوف ان الشرايين السرية تحمل لاورطى الجنين دم المشيمة ثم ان هذا الدم يتوزع فى جميع الجسم وبعد ذلك يرجع جزء منه فى المشيمة بواسطة الوريد السرى وهذا التوضيح بديع لكن لا يتيسر لنا اختياره وذلك لانه وان عرف منه بالضبط كيف يتكون باعتبار الاصل عديم الرأس كما سيأتى لنا الا انه يعارض اختيار ان الجنين الذى يوجد فى حبيله ومشيمته شرايين واوردة مع جميع احوالها الاعتيادية بالنظر للتركيب بل وبالنظر للهيئة الظاهرة غالبا تنقلب فيه الدورة فالاوعية التى تكون فى العادة حاملة تصير قابلة والقابلة حاملة وايضا الوريد السرى فى عديمى الرأس يبعد ان يكون بحيث يتم فى المشيمة وظيفة الاخذ والقبول الذى نسبه له تيدمان وذلك لان عديم الرأس

الذى ذكره دسول ورسم صورته بكلار فى رسالته كان وريده السرى منتهيا فى الصافن العظيم من الجانب الايمن ومن المحقق ان هـذا الوريد لم يمكنه ان يحمل للمشيمة الا دم الصافن الانسى لهذا الطرف مالم يفرض ان دم باقى الجسم يتجه نحو الصافن المذكور وذلك الفرض يبعده ادنى تأمل خصوصا اذا اعتبرت هيئة الصمامات المالئة للاوردة وفى بعض الاحوال وجد كما قالوا وريد سرى متفرع فى كثير من الاعضاء وشريان سرى متصل بالاورطى ولم يوجد الاجوفان فالدورة حينئذ تفعل ايضا بالاتجاه المذكور وانما الوريد السرى يوزع الدم فى اعضاء كثيرة ثم بواسطة بعض تفممات يصب فى الاورطى جزأ من الدم الذى كان حاملا له فجزء منه فى باقى الاعضاء وجزء فى المشيمة بواسطة الشريان السرى واما رجوع الدم الى خارج الاعضاء فلا يحصل اصلا ومن ذلك يحصل الترشح الذى ذكرناه ولا يستغرب التوزيع الشرياني من الوريد السرى فى كثير من اعضاء بعض عديمى الرأس لان ذلك يحصل فى الحالة الطبيعية بالنظر للفص الايسر من الكبد وبالاختصار من الواضح جدا فى بعض عديمى الرأس كالذى فى مشاهدة بوبول حيث لم يوجد الا الوريد السرى ولم يوجد شرايين اصلا ان هذا الوعاء لا يكون بالنظر للجنين الا حاملا لا قابلا آخذا على رأى تيدمان

وهناك ايضا وظيفة يتممها عديمو الرأس كما يتممها الجنين الجيد التكون وهى التنفيس المائى الذى عضوه هو الجلد واما المنوع المؤثر عليه وعلى الدم السائر فى الدورة فهو غاز قابل للتنفس محلول فى ماء الامنيوس وكشفه من قريب لاسينيو احد الشبان الحذاق الكيماويين وهو تنفيس حقيقى جلدى منعنا من رد قبوله مشابهة الجنين لغيره اذ ذلك ثابت فى بعض الهوام

اسباب عدم الرأس * اختلفت آراء الناس فى ذلك فلهم تقدمين آراء سخيفة ومذاهب غريبة غير مقبولة الآن كالامتزاج الغير المنتظم للنطف وتأثير الكواكب وغير ذلك من الخرافات وللعامة فى ذلك توهمات ايضا مثل تأثير الفكر بمشاهدة مرئيات بشعة قبيحة المنظر ولا حاجة للاشتغال برد هذه

الاراء

الآراء وللمؤلفين آراء اخر فنسبه ونزلوف وجال واسبرزيم وغيرهم لعيب اصلي في النطف وليكات وسندفور ومعظم المتأخرين لسبب عارضي اما الاول من هذين السببين فغير مقبول الآن وذلك اولا لان من المستغرب بان نلقح واحدا وقتيا لنطفتين في امرأة واحدة يجعل احدهما جيد التكون والآخر ردىء التكون وثانيا كيف يوجد غالبا بل دائما بقايا رأس واذرعة وغير ذلك في اجنة كانوا اولا خالين من هذه الاجزاء ومن المتعصبين للاسباب العارضية المتأخرة بكلار فقال ان عدم الرأس ينتج في الاصل من مرض في المخ او في جزء من النخاع يختلف عظمه فمن ذلك تفسد تلك الاعضاء وظن هذا الماهر ان الاعصاب بعد هذا الفساد المخي لا تتكون اصلا ويتبع ذلك ايضا الاعضاء التي تتوزع فيها تلك الاعصاب ولكن هنا غلط بالنظر لانتظام نمو المجموع العصبي اوقع هذا المشرح الماهر في تخيلات كاذبة لسبب هذه الآفة لان الاعصاب تتكون قبل المركز المخي الشوكي ففساد المخ لا يمنع نموها لانها كانت مكونة قبل ان يوجد مع ان بكلار المذكور في آخر ازمنة حياته عرف هذا الغلط ورفض هذا الرأي والطبيب سيرا اجتهد في توضيح عدم الرأس بعدم نمو شرايينه واعترض ذلك بان النتيجة هنا اخذت سببا لان الاوعية انما تبتدأ في الاعضاء ومنها تمتد حتى تنضم ببعضها ويتكون منها مجموع وذلك يفيد ان الاعضاء تكون ارتسمت قبل ذلك ارتساما تاما فاذا فقدت الاوعية الرأسية في عديم الرأس فذلك انما هو لعدم نمو الرأس الذي تتوزع فيه واعتبر شوسيير ومكيل وتيدمان وغيرهم هذه الحالة ناشئة من وقوف النمو لكن بدون ان يذكروا الاسباب الاول لهذا الوقوف قال بلندن وهذا الرأي هو الذي نختاره ونكتفي به في جميع الاحوال وهو مقنع للعقل وتؤيده المشاهدات الجديدة الصحيحة في النمو الجنيني للاعضاء ويطول بنا الحال لو ذكرنا جميع الامور الواقعية المقوية لهذا الرأي وانما نكتفي بذكر واحد فقط وهو ان من المعلوم ان الجنين يبتدأ من الحوصلة السرية وان الجزء الذي يتكون اولا من جسمه هو المعا والتجويف المحتوي عليه فاذا وقف نمو هذا الكائن بقي مكونا من

البطن والمعا الاغير فيكون من الاجنة العديمى الرأس الذين هم فى غاية النقص
وهكذا فذلك يثبت ان وقوف النمو هو السبب القريب الكافى لعديمى الرأس
ثم قد يقال هذا لا يكفى لايضاح جميع التشوهات التى توجد فى الاجنة المصابين
بهذا العيب فمثلا كيف يوضح بذلك انتهاء الوريد السرى فى الصافن الاعن
اوفى الكلية اليمنى فى بعض المشاهدات وقد اشتغل جيوفروه احد المتمسكين
بهذا الرأى بالبحث على التأثيرات التى تنتج فى الجنين اختلاما وخروجا عن الحالة
الاعتيادية فاستنتج بعد ابحاث وتجريبات كثيرة ان الالتصاقات الغير
الاعتيادية الحاصلة بين الجنين والبذرة تنتج التشوهات وسيما عدم الرأس
ووصل بتجريباته الصناعية على البذرات بجملة انواع من التشوهات بوضعها
فى احوال مختلفة استدعتها التجربة ثم لاشك ان التأثرات النفسانية القوية
والضغط المستدام على البطن لاخفاء الحمل مثلا والامراض المختلفة للمشيمة
جميع ذلك يتعب الدورة الجنينية اويمنع الاتصال الخالص بين الام والجنين
فيكون قابلا لان ينتج العيب الذى نحن بصدده وهو عدم الرأس ومن اطلع
على المشاهدات التى ذكرها المؤلفون لم يشك فى ذلك

المبحث الثالث

فى انسيفاليا (عدم المخ)

كلمة يونانية معناها عدم المخ وهو عيب فى التكون صفاته الذاتية هى الفقد
التام اوالغير التام للجزء المخى من الرأس فهو يختلف عن العيب السابق المسمى
اسيفاليا اعنى عدم الرأس فى درجة تغير الطرف العلوى من الجذع ففى الاول
اعنى انسيفاليا يكون محل العيب فى داخل الجمجمة وحدها او الجمجمة
مع السلسلة بخلافه فى الثانى فانه يكون فى الراس كله مع غيره ثم ان
لهذا التشوه انواعا قال بلياريصح لن تعتبر اقسامه من ضمور النصفين المخيين
الذى يوجد احيانا فى البله المعتوهين الى الفقد التام للكتلة المخية وقد شاهدت
درجات كثيرة منه انتهى والانواع المشهورة لهذا العيب خمسة كما قال
جيوفروه الاول لن يعدم المخ بالكلية وتبقى قطع قبوة الجمجمة منفصلة على

الخط المتوسط وفى حالة نشأة اصلية وتتقذف الى الخارج وتتقلب الى الاسفل وهذا هو الانسيفاليا الحقيقية الثانى ان يوجد سائل كثير اوقليل محوى فى اغشية المخ فيكون فى محل هذا العضو الذى لايشاهد له اثر اصلا مالم يعد هذا السائل نشأة مخية اومحا فى حالة نشئية وسمى ذلك جيوفروه ستنسيفاليا اى المخ الحوصلى اوالمثانى الثالث ان تظهر بعض اجزاء من المخ على قاعدة الجمجمة المشوهة التكون اوفى الجزء العلوى من القناة الفقرية حيث اندفع نحوه هذا العضو وسمى ذلك ديرنسيفاليا اى المخ الرقبى الرابع ان يكون المخ كله متكونا ويمكن معرفة جميع اجزائه الا انه يكون موضوعا خارج الجمجمة ومحمولا على شبه عنيق نافذ من قة هذه العلبة المخية المثقوبة بثقب بسبب عدم كمال فى نموها وسمى ذلك جيوفروه بودنسيفاليا اعنى المخ ذا العنيق الخامس ان يكون المخ فى حجمه الاعتيادى وكماله كالذى قبله غيران جزأ منه موضوع خارج الجمجمة نافذ من تباعد نصفى القمحدوة عن بعضها فاتجه نحو القسم الظهرى تحت الجلد والاجزاء الساترة للعظم وسمى ذلك جيوفروه نوتنسيفاليا اى المخ الظهرى

واكثر المصابين بهذا العيب هم الاجنة الاناث كما وافق على ذلك مرجانى وميكيل وسمرنج وغيرهم ورأى آخرون ومنهم بريشيه ان نسبة الاناث المصابات بذلك للذكور اقل جدا فى الانسيفاليا من النسبة بينهما فى الاسيفاليا والمصابون بهذا الداء يكونون كالذى قبله من توائم الاجنة الجيدة التركيب والهيئة الظاهرة لعديمى المخ اومشوهيه عظمية الاهتمام وسيما الرأس فانه يوجد فيه تنوعات عظمية واحيانا يشاركه فى التشوه الجزء الظهرى من الجذع بخلاف الاطراف فانها تكون كالحالة الاعتيادية واما العضلات فتحفظ غالبا متانتها الاعتيادية وتكون مستديرة الشكل تشبه اشكال مافى الجنين الجيد التكون وذكر بريشيه ان بعض هذه الاجنة يوجد معه نمو عظيم فى مجموعه الدهنى فى بعض اقسام من الجسم ويوضح ذلك بنقص القوة المكونة فى الاجزاء المخية وانتقالها لتلك المحال

ورأس هؤلاء الاجنة يكون مقلوبا الى الخلف نحو القفا وكأنه منخسف بين المنكبين فتارة يكون حجمه اكبر من الحالة المنتظمة وتارة اصغر وقد يكون على شكل قرعة عنقها المتوسط يحاذى محل فتق الاجزاء المحوية فى الجمجمة وخروجها نافذة من فتحة فيها ثم فى هذه الاحوال تارة يتسلطن الجزء المقدم من الرأس بزيادة حجمه وتارة يتسلطن الجزء المقابل له ويكون النصف السفلى من الوجه ابرز من العادة الا انه يحفظ اتجاهه الاعتيادى وعكس ذلك يحصل فى الجزء العلوى من هذا القسم فانه بانجذابه الى الخلف بالجمجمة المتعلق هو بها ينخفض فى هذا الاتجاه واحيانا يصير افقيا والانف يكون مفرطحا ومنفصلا اصله قليلا عن الجبهة والاعين تبرز جدا ويكون منها ارفع جزء من الرأس وتتجه الى الاعلى بحيث تقرب من اعين بعض الاسماك واحيانا يعدم الحاجبان واحيانا اخرلا يتصلان عن شعر الرأس الا بمسافة صغيرة جدا وصيوان الاذن كثيرا ما يتجه نحو المنكب الى الاسفل والخارج والجبهة وقمة الرأس يذهبان الى الخلف ثم تارة يكون جلد الجمجمة جيد التكون وفيه الشعر كالحالة المنتظمة وتارة يفقد من خلف الجمجمة واعلاها ويوجد بدله غشاء احمر كثير الاوعية يرتفع عليه فى بعض محال مرتفعات فطرية كثيرة الاوعية ايضا او اكياس مملوءة بخلط محمر واحيانا يوجد فى هذا الغشاء فتحات تنتهى بسد غير نافذ ورقبة هذه الاجنة قصيرة منحنية الى الخلف فتكاد ان تعدم من تلك الجهة اما من الامام فتكون فى غاية الظهور والبروز وتفرطح رأس بعض هؤلاء الاجنة يوضح الخرافات التى اشتهرت من ولادة بعض النساء هوام اواسماكا

واهم الصفات هو التكون الباطن للرأس لان هذا الجزء المخى من الجذع هو الذى يوجد فى تركيبه الآلى وحده تنوعات ولذلك يختلف هذا العيب الذى نحن بصدده عن عيب عديم الرأس بكونه لا يوجد معه عيب ولا تشوه فى الاحشاء الصدرية ولا البطنية واجزاء الوجه عموما تكون جيدة التكون بانتظام وانما يكون لها اتجاه مخصوص وهو الذى ذكرناه بخلاف الجمجمة

فانها

فانها تتكابد فى جدرانها والاجزاء المحتوية عليها تغيرات غريبة فالعلبة العظمية الجمجمية تكون غير تامة وسيما نحو القبوة فيصح ان يقال عموما ان هذا الجزء يبقى فى حالة سفلى من النمو واما قاعدتها فيكون فيها النمو الاعتيادى تقريبا ايصح ان تقول فى علة ذلك كما قال بعض المشرحين ان قاعدة الجمجمة يبكر ظهورها وتكوينها قبل القبوة فتكونها يكمل قبل ان يقف نموّ الباقى من الجمجمة وقبوة الجمجمة تكون دائما متفرعة فرعين اومكونة من قطع منفصلة عن بعضها على الخط المتوسط ثم تارة يمتد هذا التفرع المزدوج الى الانف والثقب القمحدوى وتارة يكون مقصورا على القمحدوة والقمة اوعلى القمحدوة وحدها ويندران يشاهد فى الجدارين فقط واندر من ذلك فى الجبهة وحدها ومن النادر ايضا ان توجد قاعدة الجمجمة مشقوقة واعجب ماشوهد من ذلك انشقاق جزء من المخ فى البلعوم وتلك العيوب فى الجمجمة تقوم من عدم انضمام الاجزاء التى تكون فى الازمنة الاول من الحياة منفصلة ويسهل ان يعرف فى قاعدة الجمجمة الثقوب التى تدخل فيها الاعصاب والاوعية

وحالة المخ تختلف جدا وتغيره يكون اكثر من تغير القطع العظمية للجمجمة وذلك لاختلافهما فى الوظائف فعظام قاعدة الجمجمة لها منفعتان حفظها للمخ واعانتها على تكوين دائر التجاويف المخصوصة باعضاء الحواس فاذا عدم المخ جازان لاينمو الجزء العلوى من الجمجمة او يبقى فى حالة نشئية واما ظهور الجزء السفلى فقهرى الا انه لا يكون فيه استعداد لان يتكون منه من الاعلى تجويف يقبل الانطباع والتأثير اوانما يصير محدبا فى تلك الجهة واما الاحوال المتقدم فيها هذا العيب اى التى هى من النوع الاول فالمخ يعدم فيها بالكلية كالمراكز العصبية الجمجمية والنخاع ينتهى اسفل عن محاذاة الجمجمة بالحالة التى سنذكرها ففى الحقيقة لا يوجد تجويف جمجمى وانما يسد بخيوط كثيرة اواجمة آتية من المنسوج الخلوى المحمر ونعرف جيدا العنكبوتية والام الحنونة وتفنيان فى اثناء الاجمة السابقة التى يكون معها شئ

منهما يقينا لانه يشاهد فناء اصول الاعصاب فيما بينها وربما تسهل مشاهدة الام الجافية فى قاعدة الجمجمة ولكنها تعدم فى حوافى انفصال عظام القبوة وتلتصق فى محاذاة ذلك بالغشاء المحمر الفطرى الذى يكون دائما عوضا عن الجلد فى هذه الحالة وفى النوع الثانى من عديم المخ الذى هو المخ الحوصلى او المثانى عند جيوفروه لا يوجد اثر للدماغ وانما يوجد فى محله سائل مصلى متكدر تختلف كثرته ويكون محويا فى اغشية الدماغ كما هو واضح وتنضم تلك الاغشية بالجلد فتوجد موضوعة عليه مباشرة ووجد الطبيب كالن حالة من هذا النوع ابدل فيها المخ بجملة ديدان حوصلية واكياس منقسمة الى عنقودين والاعظم من هذه الديدان كان فى حجم بندقة ومنها مالم يكد يبلغ رأس دبوس ويقرب للعقل ان هذين العنقودين الديدانيين انما هما الضفيرتان المشيميتان اللتان يتكون فيهما كما هو معلوم الديدان الحوصلية وفى النوع الثالث اعنى المخ الرقبى عند جيوفروه يوجد على قاعدة الجمجمة بعض بقايا من الدماغ مغطاة بسائل مصلى بعد اغشية ذلك الدماغ فتارة كما شاهد بكلار يوجد جميع البصلة العليا للنخاع والساقان المخيان المنتهيان بانتفاخ او بصلة وتارة كما شاهد غيره توجد الطبقتان البصريتان والجسمان المضلعان والحدبات التوءميات الاربع والجسم المخروطى اعنى الغدة النخامية والبطينات الجانبية والمتوسطة المتسعة جدا والمخيخ الرخو وتكون هذه الكتلة كلها حمراء فطرية من الاعلى وسائبة من الخارج وتارة يظهر ان المخ موجود كله ولكنه صغير ضامر فطرى ويكون منضغطا على قاعدة الجمجمة او يسرى الانضغاط الى الجزء العنقى من القناة الفقرية المنفصلة الى جزءين انفصالا او اسعا واما الانواع الاخر اعنى المخى العنقى والمخى الظهرى عند جيوفروه فان المخ فيهما يوجد ايضا تاما ولكن لا يبقى فى التجويف الجمجمى الشوكى وانما ينفتق الى الخارج فتارة ينفتق كله وحينئذ يكون محمولا على ساق او عنيق مكون من الجزء العلوى للنخاع وتارة ينفتق جزء منه ففى الحالة الاولى ينجذب المخ المنفتق غالبا الى الخلف بواسطة ثقله واحيانا يتقدم حتى يصل الى تحت جلد الظهر ويوجد

مع المخ فى هذه الفتوق العظمية مقدار من المصل وتكون اكياسها دائما من اغشية الدماغ ومتوترة منضغطة مغطاة بالجلد والطبقة المجللة العامة

واصول الاعصاب الجمجمية لها خصوصية مهمة فبعضهم ذكر انها تكون غليظة جدا فى طرفها الجمجمى قال بلندن وعندى يقين على حسب مشاهداتى ان ذلك غير لازم واقله انه اغلبى فانى وجدتها فى الاثنين اللذين شرحتهما ضامرة بحيث وجعت الى مجرد غلافها العصبى وذهبت حتى فنيت فى المنسوج الخلوى الموجود فى قاعدة الجمجمة فاذا وجد سائل فى محل المخ يقال ان اصول الاعصاب توجد سابحة فيه ولكن مشاهدات جيوفروه لا تطابق هذه الامور الواقعية واذا كانت المراكز العصبية موجودة اتجهت الاعصاب الزائغة نحوها والاوعية الشريانية والوريدية الجمجمية تكون قليلة النمو ولكنها توجد يقينا وتتفرع فى اغشية المخ او فى المخ نفسه او فى المنسوج الخلوى الشاغل محله

والقناة الفقرية يوجد فيها غالبا تنوعات فالسلسلة قد تكون منشقة تارة فى العنق فقط وتارة فى العنق والظهر معا ونادرا فى جميع طولها والصفائح الفقرية المنشقة تكون دائما منقذفة الى الخارج كما يحصل ذلك فى عظام قبوة الجمجمة واحيانا يعدم النخاع بالكلية سواء كان اولا من الاعلى فقط ويبدل كالمخ بمنسوج خلوى محمر او بسائل مصلى واحيانا يوجد النخاع الا انه يكون ضامرا مغطى بطبقات من غشاء كاذب موضوع بين منسوجه وورقة العنكبوتية المنسوبة له وشاهد هذه الحالة الاخيرة بلندن ووجد فيها النخاع زائد اللين ومنسوجه محتقنا كله بحمرة زائدة ومبذورا فى محال منه انصبابات دموية وهذه الآفات فى النخاع تكون اوضح كلما كان البحث فيه اقرب الى الرأس ثم خارج السلسلة فى محاذاة المحال المنشقة يشاهد تارة جيب متمدد بسائل وتارة غشاء بسيط محمر يكون عوضا عن الاغشية المجللة التى فى ذلك المحل وتارة يوجد الجيب معه

والآراء التى ذكرت فى اسباب عدم المخ يصح ان ترجع الى رأيين رئيسين

احدهما هو ان ذلك ناتج من نقص النطفة فى الاصل نقصا معيبا وثانيهما ان يكون هذا العيب اكتسابيا ناتجا من اسباب تنوع تركيب هذا الكائن الذى كان اولا منتظما فعلى الرأى الاول جالل واسبرزيم لكن يعسر اثبات حقيته اذلا يتيسر تمييز النطف الجيدة التكون عن المعيبة التكون بوجه من الوجوه واما الرأى الثانى فيظهر انه اقرب وعليه مرجانى وهالير وسندفور ومكيل وشوسيير وبكلار واغلب المتأخرين فبعضهم رأى ان هذا العيب ناتج من اسباب ميخانكية اثرت من الخارج الى الداخل كالضغط المستطيل من بطن الام مدة الحمل اومن الوضع المعيب للجنين فى الرحم وهذا رأى هالير وسندفور وغيرهما واما مرجانى وشوسيير وميكيل وبكلار وغيرهم فقالوا ان السبب المشوه لرأس الجنين توجه فعله من الباطن الى الظاهر فافسد اولا المخ وثانيا الاجزاء الواقية له وبعضهم لم يقل بشئ من ذلك وانما قال يجوز ان يكون ذلك ناشئا من اسباب تارة خارجية وتارة باطنية وهذا جمع بين التأويلين السابقين ويظهر انه اقرب للحقيقة

وهل هذه التشوهات العضوية ضمور فى الاجزاء الموجودة فيها وهذا رأى شوسيير وبكلار ومكيل اونتيجة وقوف فى النمو اثر فى زمن متقدم من الحمل هيئة آلية لاتنسب الا لدور من الحياة اقرب جدا للعلوق وهذا رأى جيوفروه وبريشيه قال بلندن ويظهر لى ان الاولى اختيار رأى مركب من الرأيين نظير ماسبق اذلا ينكر ان بعض التشوهات فى عديمى المخ كتشوهات مايحلل الجمجمة ناشئ من وقوف فى النمو لكن قد لاينفع هذا دليلا للسبب الاولى الذى سبب عدم المخ لان هذه الاجزاء الواقية له تتكون بعد هذا العضو بحيث ترتسم على شكله فاذا اخترنا مايظهر انه لانزاع فيه وهو ان هذه الاجزاء الخارجة حصل فى نموها وقوف لزم ان نلقى تأملنا ايضا فى المراكز العصبية الجمجمية فننظر هل هذه الاعضاء كابدت ايضا وقوفا فى النمو اولم تكابد ذلك وهذا هو مانشرع فى البحث عنه باختصار فنقول

لايمكن اثبات الوقوف الاصلى للنمو فى عديم المخ الابشيئين احدهما باثبات

ان تشوهات هذه الحالة ليست بالنظر للمخ الامستنتج التكونات الاصلية له وثانيهما ان لا يمكن صدور تكون مشابه لذلك من فاعلات اخر فلاجل الشئ الاول نعلم ان المخ فى الاحوال التى نحن بصددها قد يعدم كله او يرجع الى بعض اجزائه او يبدل بسائل كثير يشغل محل الاجزاء المفقودة او يوجد فى محاله الجمة خلوية وعائية آلية بل احيانا طبقات من اغشية كاذبة كما شاهدنا ذلك فهل هذه فقط هى الاحوال التى تعترى المخ فى ادواره الاول من تكونه قال بلندن اظن انه لا يصح ظن ذلك اولا انه لا يخفى ان المخ يتكون فيما بعد لكن موضعه واضح فى الزمن الذى يقال فيه ان المخ غير موجود وفيه سائل نصف آلى يحتوى على بعض من اصوله فاذا كان عدم المخ ناتجا من وقوف نموه فى اكثر الاحوال فاقله انه يلزم فيما اذا فرضت سرعة وقوف النمو ان يوجد السائل الاصلى الذى ذكرناه مع ان الجمجمة كما ذكرنا كثيرا ما تكون خالية ولا يوجد فيها الا منسوج خلوى وعائى وثانيا انه يوجد فى احوال اخر سائل محوى فى الجمجمة فاذا كان هذا السائل هو الحالة النشئية للمخ فكيف صار كثيرا بحيث لم يبق محويا فى المحل الاعتيادى للمخ فقط بل التزم ان ينفتق الى الخارج دافعا امامه الاغشية المخية وثالثا كيف تيسر لوقوف النمو ان ينتج الجمة خلوية تملأ جميع تجويف الجمجمة ويحصل منها اتصالات غير طبيعية بين القبوة والقاعدة مع ان من المحقق ان هذه الحالة لا تحصل طبيعة فى دور من ادوار التأليف الجنينى مهما فرض قربه لزمن العلوق ورابعا انه لا يمكن ان يوضح بذلك البيان التعليمى وجود الالجمة والاغشية الكاذبة الرخوة التى تكون احيانا فى الحال التى كابد المخ فيها فسادا يسيرا فاذا قيل انها تدل على التهاب ظهر فى الجمجمة قبل وقوف النمو قلنا ذلك مسلم لكن يبقى الكلام فى ظهور هذا الالتهاب قبل الانسيفاليا او بعدها

واما بالنظر للشئ الثانى اعنى ان لا يمكن صدور تكون مشابه لتكون عديم المخ من سبب آخر غير وقوف النمو فنقول رأى هالير وشوسيير ومكيل وغيرهم انه يمكن من تأثير اسباب ميخانكية ظاهرية او باطنية ان تنفصل الجمجمة

من الاعلى وتتفرق قطعها وان يسترخى المخ ويفسد فينتشر فى مياه الامنيوس
ونسب الاخيران اعنى شوسيير ومكيل هذه النتائج لاستسقاء مخى يبكر
عروضه واما هالير فجعل ذلك نتيجة ضغط خارجى اثر اولا على جدران الجمجمة
ثم على المخ لكن استشكلوا هذه البيانات باشكالات مختلفة وبما كانت قوية
منها انه لو حصل هذا التمزق فى الجمجمة عند تكون هذا العيب لظهر فى مياه
الامنيوس بقايا من المخ اوما يعلن بتمزق الجمجمة مع انه لم يشاهد شئ من ذلك
واما الغشاء الاحمر الذى يوجد غالبا فى قبوة الجمجمة وشق الجلد فى محاذاة ذلك
وانفصال العظام عن بعضها فليست آثارا للتمزق كما ظن ذلك وانما يظهر انها
ناشئة من وقوف النمو وتلك حالة طبيعية فى الادوار الاول من الحياة داخل
الرحم مع ان مثلها يوجد احيانا فى الاجنة فى محاذاة البطن وعلى الخط
المتوسط وخصوصا فى قاعدة الحبيل فلا يقع فى الوهم انها آثار تمزق وانما هى
نقص فى التكون فتوضيح الحالة المذكورة فى الجمجمة بما سبق غير مناسب
واذا لم يصح اختيار ان تلف المخ وتمزق الجمجمة ناشئان من استسقاء اومن
ضغط خارجى فلنختر كما قال بعضهم ان عدم المخ لا يصح ان ينشأ فى الاصل
من سبب مرضى وانما ذلك من وقوف فى النمو لكن توقف فى ذلك بلندن وقال
ان هذا البيان الذى ذكر لا يعلم منه سبب وقوف النمو وايضا يسهل اثبات
ان الالتهاب سواء كان فى المخ اواغشيته اذا عرض فى الايام الاول من الحياة
داخل الرحم يلزم ان يكون هو السبب لعدم المخ وهذا ما اقول به والامور
الواقعية المذكورة فى المؤلفات تقوى به وما جعلت هذا الالتهاب المخى سببا
لعدم المخ بالبيان التعليمى فقط بل بالمشاهدات ايضا فان الاجنة التى تشاهد كثيرا
فى الجمجمة وتمتد من قبوتها الى قاعدتها لا تحصل من غير الالتهاب كما هو معلوم
اليس هذا السبب ايضا هو الذى يوضح به تولد الاغشية الكاذبة الرخوة التى
توجد فى مثل تلك الحالة وبالجملة فالتهاب المخ هنا كما فى غير هذا الموضع يؤدى
الى فساد تام اوغير تام للعضو وذلك يكون اسهل كلما كان المخ الذى هو لين
فى الازمنة الاول اقبل للتغير وفى بعض الاحوال يزول المخ بالكلية بسبب

ضمور

ضمور حقيقي كما يشاهد ايضا زوال كلية من تأثير التهاب كاوى قديم وفى احوال اخر يشاهد ان الجزء العلوى من النصفين الكريين الذى هو اعوق فى النمو يكون بمقتضى ذلك اكثر استرخاء وقت ظهور سبب الالتهاب فيضمر وحده كما يحصل ذلك لبعض الشيوخ ايضا بسبب التهابات واضحة مزمنة فى ذلك الجزء نفسه وفى بعض الاحوال يمتد الالتهاب الى الجزء العلوى من النخاع بل لكل النخاع فيتسبب عن ذلك ضموره او زواله بالكلية وذلك نادر جدا لسببين اولا لان النخاع الذى يبكر نموه يستولى عليه الالتهاب فى حالة تركيب متأخر فتكون المقاومة الحيوية سهلة فيه وثانيا ان النخاع اكثر تحفظا من الاسباب الالتهابية وقناته تنمو باسرع من الجمجمة ويقوّى ما اخترناه ايضا ما هو معلوم من ان الالتهاب الناشئ فى تجويف مصلى تارة يُسد منه التجويف بسبب تكون التصاقات يقوم منها منسوج خلوى حقيقى عارضى وتارة يبقى التجويف متمددا بسائل يضغط على العضو الاصلى للتجويف او يدفعه بل قد يتلفه احيانا فعقب التهاب البلورا توجد الرئة احيانا ملتصقة بالاضلاع واحيانا يوجد معها انصباب فى البلورا فتندفع نحو الحجاب القاسم فيحصل فيها ضمور وجميع ذلك يوجد فى عديم المخ فاننا قد رأينا احوالا كان التجويف الجمجمى فيها مملوأ بالتصاقات ورأينا اجنة كان معها استسقاء جمجمى حقيقى فهذه الامور الواقعية كلها تؤيد صحة ما اخترناه

فاذا اعترض على هذا التوضيح المذكور لمنشأ هذا العيب بالتكون المنتظم لجميع اجزاء الجسم سوى الاجزاء التى لها ارتباط قريب بالمحور المخى الشوكى وبقلة تأثير هذا الالتهاب العظيم السعة والتعمق على اعظم جزء من الجسم اجبنا عن ذلك بان فعل المراكز العصبية معدوم او قريب للعدم مدة الازمنة الاول من الحياة داخل الرحم وانما مراكز الفعل هى الاعصاب نفسها فالاعضاء فى هذا الزمن لا تستشعر بآفات المراكز العصبية الا يسيرا جدا وبالاختصار فالمخ من حيث انه ضمر او فسد بالالتهاب فى الايام الاول من الحياة داخل الرحم وان الاجزاء الواقية لهذا العضو غير تامة التكون

حينئذ لم يكن اسهل من ان يدرك وقوف النمو فى تلك الاجزاء اعنى الجمجمة لانها منقادة لتكونه ومخصوصة بحفظه ووقايته فكأنها تقبل منه انتظام النمو والازدياد فاذا كان محركها الاصلى زائلا او ضامرا بقيت فى حالة الوقوف فظهر من هذا البيان ان المخ وحده هو الذى يكابد التغير المرضى واما الاجزاء الواقية له فيقف نموها فهذه هى التصورات التى عندنا فى اسباب عدم المخ ونكل ماوراء ذلك لنظر العلماء المتأملين فى الامور الواقعية عسى ان تظهر لهم الحقائق الصحيحة فى الواقع ونفس الامر ومن عرف كثرة اختلاف آفات المراكز العصبية الجمجمية فى حالة الانسيفاليا حيث تكون من الفساد التام لتلك المراكز الى مجرد اندفاعها على هيئة سائل نافذ من شق فى قبوة الجمجمة وان تلك الاختلافات تنتج فى زمن الحياة الرحمية التى ظهر فيها التهاب هذا العضو اعنى المخ سهل عليه ادراك الاختلافات التى ذكرها المؤلفون فى بقاء حياة عديمى المخ بعد الولادة فاغلبهم تشاهد ولادته مع موته واحيانا يفعلون بعض حركات ثم يموتون حالا ومنهم من يصيح وقت ولادته ثم يموت واحيانا يتنفسون مع تعب ومنهم من عاش خمس عشرة دقيقة او ست ساعات او اطول من ذلك كخمس عشرة ساعة او اربع وعشرين او يومين او ثلاثة ايام او اربعة ايام او ستة ايام ومنهم من تغذى واخذ ثدى مرضعته ومنهم من كانت حركاته فجائية كأنها تشنجية ومنهم من كان فى حالة سبات دائم انتهى اما الذى تشوهه قليل فقد يعيش زمنا طويلا

وعديم المخ وان لم يعش بعد الولادة زمنا طويلا الا انه ليس كذلك فى بطن امه فينمو نموا تاما منتظما وجميع اعضائه ماعدا الاعضاء المصابة بالتغير الواصف له تكتسب شكلها وتركيبها وهيئتها الاعتيادية وشاهد بريشيه ان فى هؤلاء الاجنة يكون الشحم الذى تحت الجلد كثيرا جدا واما تغذيتهم المنتظمة فى بطون امهاتهم فتستدعى انتباه الفسيولوجيين فان الامور الواقعية لا يؤخذ منها ان التغذية فى الكبار البالغين ينبغى ان تخرج بالكلية عن تأثير المراكز العصبية ولكن تثبت ان فى الازمنة الاول من الحياة تعيش الاعضاء معيشة

خالصة

خالصة غير متعلقة بشئ فتكون افعالها كأنها متمركزة فى نفسها وغريبة عن هذه الارتباطات الاشتراكية المختلفة التى تضم فيما بعد جميع الاجزاء المختلفة من البنية بعضها ثم تنتقل تلك الارتباطات الى الخارج فتكون ظاهرة واضحة فى الحالة السليمة كالحالة المريضة والحياة المنتظمة لعديم المخ فى بطن امه ليست باعجب من موته بعد الولادة لان الجنين فى الرحم يعيش بحياة نبتية وجذره اعنى الحبيل السرى موجود بانتظام وربما جهز له جميع العصارات المغذية اللازمة له اما بعد الولادة فان الحياة لا يمكن ان توجد الا بشرط وجود التنفس السهل فعدم وجود هذا الشرط ناشئ يقينا من تغير المخ الذى تنشأ منه الحركات التنفسية ويندر ان يعلم فى مدة الحمل حالة عديم المخ لانه يفعل فى بطن امه حركات كالجنين الجيد التكون وغالبا تحصل الولادة قبل اوانها كالشهر السابع او الثامن بدون ان تعلم علة ذلك

وترجم اولفيير اصغر المخ بمكروسيفاليا ومعناها ماذكر وقال ليس جميع الاطفال الصغار الرؤوس معدودين من الانسيفاليا الجزئية اى العدم الجزئى للمخ فقد شاهد كروفلير طفلا عاش ثمانية عشر شهرا مع رأس صغير جدا على هيئة رأس حيوان فكانت الزاوية الوجهية حادة جدا كما فى الكلاب وجدار الجمجمة منثنيا الى الخلف والتعظم فى غاية التقدم والدروز منضمة والقمحدوة فيها عرف مستعرض بارز جدا شبيه بالعرف القمحدوى للحيوانات والقطر القائم للجمجمة كان قيراطا واحدا ولم توجد فى هذا الطفل علامة للتعقل مدة حياته وكانت اطرافه فى حركة دائمة ويصيح لاجل احتياجاته ويعتريه زمنا فزمنا حركات تشنجية ومات فى حالة تشنج فوجدت الجمجمة مملوءة بمخ لا يختلف عن المخ الاعتيادى الا بصغر ابعاده ففى هذه الحالة العظيمة الاعتبار لم نر تلفا جزئيا فى المخ وانما رأينا ضمورا خلقيا فى هذا العضو وفى غلافه العظمى ولذلك استطالت حياة الطفل الى ثمانية عشر شهرا اما فى الانسيفاليا الجزئية فان الموت يحصل عادة فى الاسابيع الاول او اذا طال يكون فى الشهر الثانى من الولادة وهذه الحالة لا ينبغى اهمالها لانها مهمة فى اعتبار قابلية المعيشة

لطفل رأسه على هيئة الرأس الذى يكون فى حالة العدم الجزئى للرأس انتهى

المبحث الرابع

فى ادروسيفاليا (اى الاستسقاء الدماغى)

ادروسيفاليا كلمة مركبة من اليونانية معناها استسقاء رأسى وتدل على انصباب مصلى جهة الرأس مهما كان مجلسه وباعتبار المجلس قسمه معظم المؤلفين الى ظاهر وباطن وادخلوا فى الظاهر جميع التجمعات اوالارتشاحات المصلية اوالمصلية الدموية التى يكون مجلسها فى فروة الرأس اوتحت الصفاق الجمجمى لكن هذه الداآت التى تكون فى الغالب نتيجة سقوط اورض اوقوة عنيفة اثرت على فروة الرأس اوحصلت من عمل الولادة تنسب بالاكثر لحالة مرضية فى الجدران الظاهرة للرأس واما الاستسقاء الرأسى الحقيقى فلايشمل الاالتجمعات المصلية المحوية فى الجمجمة ومع ذلك قد يتفق اذا كانت دروز الرأس متفرقة تفرقا عظيما ولم تتعظم اليوافيخ ان يبرز السائل حتى يصير تحت الفروة فيصير الاستسقاء الباطن ظاهرا غيران البورة الرئيسة للاستسقاء تكون فى الابتداء محوية فى باطن عظام الجمجمة والاستسقاآت الرأسية الباطنة تختلف كثيرا بالنظر للمحل المشغول بالسائل فتارة يكون موضوعا بين الام الجافية وعظام الجمجمة وتارة فى التجويف الكبير للعنكبوتية والغالب كونه فى بطينات المخ وتارة يتراكم فى شبه اكياس سواء كان بين الاغشية اوفى نفس منسوج المخ والمخيخ واحيانا مع ديدان حوصلية اوشبهها وربما قرب من هذه الاستسقاآت الارتشاحات المصلية اوالمصلية الدموية فى المنسوج الذى تحت العنكبوتية اونفس جوهر المخ اوالمخيخ بحيث توجد فى الاستسقاء الرأسى كما توجد فى استسقاء التجاويف الاخر الاستسقاآت الانسكابية والارتشاحية والكيسية ثم بعد ذلك تنقسم الاستسقاآت المذكورة ايضا الى حادة ومزمنة فالحادة ستأتى لنا فى مبحث التهاب اغشية المخ واما المزمنة فهى التى يكون البحث فيها هنا وهذه يصح ان تكون على شكلين الاول ان تكون عارضية فتحصل عقب داء فى المخ او اغشيته والثانى ان تنسب لعدم

نمو الاعضاء

وقد ضم دوچيس كلمة ادروسيفاليا وادروراشيا المزمنة فى شرح واحد وقال انما يدل لان على شكلين او على حالتين مختلفتين لمرض واحد وهو الاستسقاء العنكبوتى الباطن او الظاهر المخى او الجمجمى او الفقرى ثم قال ويلزم ايضا تضاعف الاقسام والتسمية باعتبار سعة هذه الآفات والاقسام الجسمية التى ظهرت فيها والمحل الذى نشأت فيه فاولا ان سعة التجاويف المعدة لان تحتوى على مراكز المجموع المخى الشوكى قد يحتوى عليها الاستسقاء احيانا وذلك هو ما يسمى بالاستسقاء الراسى الفقرى وثانيا ان الجمجمة وحدها هى التى تتمدد لكن باستواء من تجمع المصل وذلك هو ما يسمى بالاستسقاء الرأسى الحقيقى وثالثا ان الاستسقاء يلتزم فى محل ما ان يقهر جدران الجمجمة فيتكون منه جيب ضيق ويسمى ذلك بالاستسقاء الرأسى الفتقى (ادوروسيفالوسيل) ورابعا انه اذا كان ذلك فى محل من السلسلة انقاد لاندفاع السائل المتراكم فى باطنها سمى ذلك بالاستسقاء السلسلى او اسبنا بفيدا فذلك هو التقسيم الذى نتبعه فى الشرح هنا ولنقدم على ذلك بعض كليات عامة للاستسقاآت الدماغية فى الاسباب وغيرها تنفع فى جميع الاصناف او فى معظمها فنقول الغالب ان هذا الاستسقاء يحصل داخل الرحم فيمكن ان يعرض للجنين فى مبدأ نشأته فقد شوهد ظهوره فى جنين نهاية سنه ستة اسابيع ومع ذلك لا نظن لاجل ذلك امكان نسبته الى تأخر فى تكون المخ لاننا تأكدنا مرات كثيرة ان مخ المستسقى يحتوى على جميع الاجزاء والصفات التى يحتوى عليها الجنين السليم ماعدا الحالة الناشئة عن التمدد المسبب عن السائل وانه كثيرا ما يزن سوى المصل مقدار مخ جنين سليم سنه كسن المريض بل قد يكون وزنه اكثر وان كابدت الجدران رقة عظيمة وكثيرا ما ينشأ عن استعداد وراثى فان بعض النساء قد تعطى لجميع اولادها هذا الداء بدرجات مختلفة وكثيرا ما يحصل من اسباب عارضية وسيما كثرة المصل فى الام مدة الحمل وتعلم تلك الكثرة فيها بعظم مقدار مياه الامنيوس وترشح الاطراف البطنية بل احيانا ترشح جميع جسمها

وربما كان من الاسباب تقدم سن الام ولو يسيرا اذ كثيرا ما شوهدت اطفال مستسقون اومعهم آثار من هذا الداء وكان عمر امهاتهم زائدا عن الثلاثين سنة وانما قلنا اومعهم آثار لانه قد يتفق ان الداء لا يمكث الى وقت الولادة وانما يدل بآفات اخر وذلك لان الاجزاء المتوترة ترق وربما تمزقت اوفسدت اوتحولت الى اصول عديمة الشكل ويمكن ان الاعضاء التى تسبح فى السائل تغير محلها ويمكن غير ذلك ويظهر ان هذه الانخرامات تختلف باختلاف شدة الداء وسعته وكونه باطنا اوظاهرا اعنى كون السائل محويا فى نفس تجويف المخ كالبطينات او بين سطحه وجدران الجمجمة والسلسلة قال دوجيس وذلك التقسيم الذى اختاره القدماء ورفضه المتأخرون غلطا توضحه الامور الواقعية جيدا وسيأتى لنا نفعه نفعا عظيما فى العلاج اذ اسهل تشخيص الداء فى الشخص الحى ثم هو سواء كان باطنا اوظاهرا يكون مجلسه فى العنكبوتية لان هذا الغشا يدخل فى البطينات كما اثبت ذلك بشات اذ يظهر ايضا ان زائدة منها تنزلق على طول النخاع الفقرى بل وتحتوى دائما فى الحالة الاعتيادية على كمية من السائل كما قال ماجندى لكن من المعلوم ان الالتصاقات اوغيرها من الموانع الميخانيكية قد تسد هذه الاتصالات بسهولة فتحدث تجمع المصل وتقصر الآفات التابعة لذلك على بعض المحال وسيأتى لنا عن كروفلير معارضة لرأى ماجندى وقد يكون الضعف الزائد فى محل من الجدران الجمجمية الفقرية سبب الظهور الجزئى لهذه الآفات حتى ولو كان الداء فى الابتداء عاما وها هى الاصناف مسرودة فى المطالب الآتية

المطلب الاول

فى الاستسقاء المخى السلسلى

نضع هنا الاحوال التى يشغل الاستسقاء فيها المسافة الجمجمية الفقرية فينتج من ذلك انخرام طبيعى فى جميع هذه السعة او يشغل محال متباعدة عن بعضها كالمشاهدة التى ذكرها مارجانى على حسب ما ذكره الطبيب چنجه حيث كان فيها استسقاء مخى مع استسقاء فقرى عصعصى وشفى ببزل هذا الاخير ومن ذلك

ايضا

ايضا هيكل جنين محفوظ عند الطبيب دو برول وفيه آثار اسبنا بفيدا اى انفصال سلسلى قطنى وعجزى وآثار استسقاء مخى جمجمى وهيا كل اخر فيها انفصال السلسلة من الظهر والعنق مع استسقاء مخى وذكر ليشيل قصة استسقاء سلسلى قطنى مضاعف باستسقاء مخى ورمى قمحدوى (ادروسيفالوسيل) متبوع بتمدد تدريجى لجميع الجمجمة وحصل الموت فى الشهر الثالث قال دوجيس ورأينا الجمجمة فى طفل صغرت جميع اقطارها مع انها لم تزل حافظة لليافوخ عظيم فى مقور فى القسم القمحدوى مع انفصال جميع السلسلة المسمى بداء الحدبة والغالب ان يكون هذا الانفصال العام مضاعفا بفقد الجمجمة سواء بقى المخ وغير محله وحصل فيه تشوه اوتلف بالكلية هو والمخيخ والنخاع الفقرى ففى الحالة الاولى ينتج من ذلك استسقاء مخى فقرى ظاهر كما فى مشاهدة جنجه وفى الثانية توجد نتائج استسقاء مخى باطنى يمتد لباطن النخاع الفقرى كما شاهد ذلك مراب بكلين وسندفورو وغيرهما وافسد المخ واغشيته وسيأتى لنا كلام فى ذلك فى الاستسقاء السلسلى وهذه الآفات تحصل دائما قبل الولادة وكثيرا ما تصحب ايضا انثناء السلسلة الى الخلف والتصاق الرأس بالجذع حيث يحصل من ذلك تعسر فى الولادة كما قد يفعل ذلك ايضا تجمع مائى عظيم قبل تمزق الكيس واما من جهة الجنين فليس قابلا للمعيشة فى حالة من تلك الاحوال وان جاز ان يعيش طويلا فى احوال الاستسقاء المخى السلسلى الظاهر اذا كان معظم المخ باقيا وقد اشتهر عن قريب مثال لطفل عاش الى سن البلوغ مع التشوه الناتج من استسقاء مشابه لما ذكرنا غير انه زال حينئذ ولم يترك بعده الا كون المخ تغير محله فانتقل للظهر فى ميزاب الفقرات المشقوقة ولكن يقرب للعقل ان صاحب هذه المشاهدة انغش بتشوه فقرى بالغ للغاية فاذا لم يكن الانذار فى بعض الاحوال مغما فذلك الا لكون الاستسقاآت ظاهرة مصحوبة بتشوه وتوتر قليلين كما فى الحالة التى ذكرها جنجه وتختلف قليلا عن الاستسقاآت الاعتيادية التى سنذكرها قريبا ومن العسر جدا ان يعرف من الذى وجد من الداءين اولا ويمكن انهما حصلا معا من تأثير سبب واحد وطعن اولفيير

فى اغلبية اجتماع الداءين معا وقال قد شاهدت ستة احوال من استسقاء السلسلة فما رأيت معها شيأ من الاستسقاء المخى بل اكد بعضهم انه لم يشاهد ابدا استسقاء مخيا مع الاستسقاء السلسلى وسيأتى لنا ايضا ما يقوى ذلك

المطلب الثانى

فى الاستسقاء المخى

قال بليار يقرب للعقل ان الاستسقاء المخى الخلقى نتيجة التهاب فى الاغشية عرض فى مدة الحياة داخل الرحم اوعيب فى التكون يعسر الوقوف عليه ويظهر انه ضخامة غذائية فى المخ ويؤيد ذلك نمو الكتلة المخية كعظام الجمجمة ايضا فى الاجنة المصابين بذلك فلان تلك العظام تكتسب اتساعا وتخنا ليسا نتيجة التهاب الاغشية اذلا يمكن توضيح تلك الظاهرة من ذلك الالتهاب وانما يصح نسبتها لزيادة التغذية وخصوصا قد علم ان الاطفال الكبار الحجم بعد الولادة هم المعرضون لهذا الداء فتكون شدة الحيوية اى قوة التغذية الشديدة فى الحالة الاعتيادية من اسبابه الممكنة ثم ذكر ان الصنف الاعتيادى هو الذى يكون مع زيادة نمو عظام الجمجمة قال ويظهر لى ان هذا الصنف ناشئ من ضخامة مخية جمجمية لا تشاهد فى اصناف اخر وتلك الضخامة الغذائية بتقويتها قوة التكون للكتلة المخية يلزم ان تزيد فى شدة افراز اغشيتها ولذلك يكثر السائل مع زيادة حجم العضو واسباب النمو الطبيعى للاحشاء مقابل بالدرجات الغير المحسوسة لاسبابها الغير الطبيعية وبذلك عرف كيف ان هذه الحياة النبتية المتمتعة بها اعضاؤنا فى زمن تكونها قد تجاوز بقبولها زيادة فى الفاعلية حدود حالتها المنتظمة لجهة اولاخرى فيتسبب عن ذلك عيوب فى التكون لا تنسب لامراض شبيهة بالتى تظهر بعد الولادة وحيث عرفنا ان بعض التشوهات قد ينشأ من وقوف النمو فلم لا ننسب بعضا آخر لزيادة النمو انتهى

وقال دوجيس التشوهات القاصرة على جدران الجمجمة قد تكون من الاستسقاء المخى سواء الباطن اوالظاهر لهذا التجويف واما آثار الالتهاب

التى

التى شوهدت فى هذه الحالة فيظهر انها تابعة للتمدد وربما كانت سابقة على التمزق وقد ابدى لنا الطبيب دوبرول بجمجمة جنين طوله من تسعة خطوط الى عشرة فكانت لينة متكرشة منقوبة بثقب مستدير فى قتها وليست محتوية على مخ اصلا ولما انفخت صارت ابعادها عظيمة بالنسبة لصغر قامة الجنين فيظن على حسب التعقل وما تدل عليه المشاهدة ان الاستسقاآت المخية التى يبكر حصولها هى التى تنتج هذه النتيجة المغمة بحيث تفسد قابلية الجنين للمعيشة فاذا تأخر حصولها بقيت بدون تمزق الى وقت الولادة بل ربما كانت حينئذ صغيرة فهاتان حالتان والحالة الثالثة ان لا يبقى عند الولادة الا استعداد لاستسقاء مخى مستقبل والذى يسهل تشخيص الحالتين الاوليين حجم الرأس واسترخاؤه والتموج الذى يحس به من يافوخ الى آخر والاتساع الزائد لهذه اليوافيخ والدروز المتصالبة اما فى الحالة الاخيرة فتكون الجمجمة فقط كبيرة الحجم بالنسبة للوجه وتكون خصوصا عريضة كأنها مفرطحة من الاعلى وتبرز الحدبتان بروزا مخروطيا وتكون الجبهة واسعة ايضا ومتقدمة على الاعين وقد يتسع اليافوخ المقدم بل والخلفى ايضا ويبقى زمنا طويلا بدون تعظم فاذا لم يقف الداء اخذت الجمجمة فى العظم شيأ فشيأ حتى بعد ان تتعظم اليوافيخ بزمن طويل فتأخذ الجبهة فى البروز شيأ فشيأ وينضغط الجزء الحجاجى منها ويقصر القطر المستطيل من الحجاج فتذهب الحافة المقدمة العليا لهذا التجويف الى قدام وتجاوز الجزء السفلى بكثير وتنجذب الاجفان الى الاعلى فينكشف غالبا النصف العلوى للقرنية الشفافة وجزء من الصلبة ويظهر كأن الوجه ذهب الى الخلف وتتسع الاوردة التى فوق الجمجمة ويتسوس معظم الاسنان بل كلها كما فى كثير من المشاهدات فالطفل لا يقدر على حفظ هذا الرأس الثقيل الا بعسر ولا يتيسر له المشى ولو استدعاه سنه والارجل تنقلب الى الانسية واحيانا بعد ان يمشى الطفل جيدا يبتدئ فى فعل وثبات متواترة وينتهى بعدم القدرة على حفظ نفسه وتقع ساقاه فى الشلل والضمور ويسقم جميع الجسم ويتقع لونه ويضعف ويكون موضوعا لا فات تشنجية

سباتية وكثيرا ما تكفي ادنى نوبة من الحمى لحصول علامات آفة مخية وتوتر اليوافيخ يدل حينئذ على ان ذلك ناشئ من افراز كثير للمصل وينتهي الحال بموت الطفل بعد زمن ما طويل او قصير

وهذه الحالة المحزنة قد يبكر حصولها وان كان الغالب حدوثها عند الولادة فقط حتى وان حصل التمزق من ذاته في الرحم ومن المعلوم ان الطفل قد يعيش وينمو حينئذ لانه متأثر بحياة امه ولا يستقر وجوده متى انفصل عنها فهو في حالة شبيهة بما اذا حصل التمزق بشدة مدة الطلق سواء كان ذلك بالحركات العنيفة الطبيعية او بوضع الجفت

فاذا حصل من الرأس مانع للولادة بزل بالطريقة المعروفة في علم الولادة والغالب ان ذلك البزل يسبب الموت حالا على ان المشاهد ان هؤلاء المستسقين يموتون بدون عملية وبدون تمزق بعد ان يولدوا احياء ويكون ذلك الموت في حالة تشنجية او سباتية او في حالة اسفكسيا ليست ناشئة الا من انضغاط المخ ويمكن ايضا ان يكون ذلك من عدم صلاحيته لحفظ الحياة خارج الرحم

واما الاستسقاء المخي القليل العظم او الحاصل بعد الولادة فيمكن ان يسير ببطئ زائد ولا يهلك الطفل الا بعد مدة سنين بل شوهد ايضا بقاؤه الى سن متقدم جدا فتارة ينتج عنها تاما وتارة تبقى القوى العقلية معه محفوظة في الشخص وحينئذ تكتسب الجمجمة ابعادا عظيمة بحيث قد تكون دائرتها ستة وثلاثين قيراطا حينما يكون سن الطفل تسع سنين وبعض هؤلاء الاطفال عاش الى خمس واربعين سنة وخمس وخمسين وسبعين كما شوهد كل ذلك وهذه الاحوال ترد ما زعمه بعضهم من ان مستسقي الرؤوس ليسوا قابلين للمعيشة فالانذار على حسب ما قلنا ربما كان اقل رداءة لان هنالك امثلة حصل فيها شفاء تام وذلك ينزل بالاكثر على المستسقين الذين من وقت الولادة يكون معهم استعداد للشفاء اعني ان يكون داءهم في درجة متوسطة والالتهاب الواضح الصفات في اغشية المخ لا يصحب دائما استسقاءه الخلقي فقد يعرض كما في الاستسقاء السناسلي وبسبب العوارض المنسوبة له اذا اثر سبب من الاسباب البادية

كدخول هواء فى فتحة جيب انفصال السلسلة فينبه هذه الاغشية ويحدث عملا التهابيا سريع التقدم غالبا وقد يوجد الاستسقاء المخي فى المولودين بدون ان يسبب اعراضا مرضية وقد يصحبه فى بعض الاشخاص زيادة ثوران فى القوى العقلية وذلك يؤيد ما ذكره بليار فى اسباب الاستسقا آت المخية لاننا اذا تتبعنا سير هذا الداء زمنا ما نراه فى بعض الاطفال يقوم اولا من زيادة قوة عضوية تعطى للمخ والجمجمة زيادة حجم تحتاج الفسيولوجيون للتأمل فى شكله ليأخذوا منه اشارة لقوة عقلية مرتفعة ويقوى ذلك التأسيس عندهم كلما زادت قوة التمييز فى الطفل والقوة الحاكمة واتساع العقل لكن اذا دام تأثير هذه الفاعلية الآلية الوظيفية لم يلبث الحال قليلا حتى يقل العضو وتنقص الوظيفة ويرجعان الى حالة فساد وانمحاق ويعرض الموت عقب ذلك حالا بحيث يمكن تشخيصه قبل مجيئه

العلاج * قد نجح فى هذه الاستسقا آت الخلقية الخفيفة طرق كثيرة فظهر نفع التمريخ بالمركبات الزيبقية وبمرهم ادرودات البوتاسة ونفعت الحراريق المستدامة والاستحمامات العطرية والجواهر المرة ايضا فى بعض الاحوال فاذا عرض للداء اعراض مخية ثقيلة ونحو ذلك بسبب بعض حركات حمية او اجزنتيما او خروج للاسنان نفع لتعجيل الشفاء الحمامات الفاترة والعلق على الصدغين والضمادات المرخية على الرأس ومن ذلك ما رأيته من ان الداء قطع ادوار تناقصه حتى حصل الشفاء التام فى اربع سنوات لطفل كانت دائرة جمجمته ثمانية عشر قيراطا واليافوخ المقدم واسعا جدا والاطراف السفلى مصابة بالشلل وغير ذلك من الاعراض المعروفة وقد جربوا الضغط التدريجي على جمجمة الاطفال المصابين بهذا الداء برباط يسمى قلنسوة الرأس وهو معروف قديما ونجح مع بعضهم وظن آخرون انه يعان فعله او يعدل ضرره بتكرار وضع العلق على العنق ومدحوا ذلك كثيرا وذكروا ايضا اثابة النجاح من استعمال ذلك مع العصائب اللزجة لاجل انضغاط الجمجمة والبزل المستعمل مع الاحتراسات المخصوصة معدود ايضا من الوسائط العملية ولكن

الى الآن لم ينتج منه نجاح مستدام بل ربما ظن خلاف ذلك واتفق لبعضهم انه فعل البزل اربع مرات بابرة القدح فعرض اسهال مصلى مع ذلك ثم خلو الجمجمة فانها اولا هبطت ثم تعظمت بسرعة لكن ذكروا ان هذا الطفل عرض له بعد ذلك بيسير عوارض مهلكة يقينا ومن تلك العوارض مثلا التمزقات الحاصلة من ذاتها كالتى تحصل فى الجاج مثلا ومع ذلك يظهر ان البزل ليس دائما خطرا كما قلنا ولا مهلكا حالا كما قيل فقد فعل هلبرولك البزل ثلاث مرات ببضع بدون ان يتبع ذلك شئ من العوارض غير ان الطفل لم يتم شفاؤه حينما اشتهرت تلك المشاهدة وقد علم خلاف ذلك فى احوال اخر فحصل الموت عقب استفراغ السائل وهذه الاختلافات ناشئة يقينا من مجلس هذا السائل فمن المحقق انه انما ينتظر من البزل نتايج جيدة اذا كانت الادروسيفاليا ظاهرة خارجة ومن سوء البخت ان تمييز ذلك تمييزا صحيحا غير ممكن الى الآن لكن الرجاء ان بتقدم المعارف وملازمة الدراسة تتضح لنا اعراض هذا الداء اتضاحا عظيما فى المستقبل

المطلب الثالث

فى ادروسيفالوسيل (استسقاء مخى فتقى)

يلزم ان نحيل على المؤلفات الاخر ما يتعلق بالشرح التفصيلى للتشريح المرضى والبيان التعليمى وغير ذلك لهذا الداء ونكتفى بان نذكر هنا ان تمزق الجيوب الادروسيفالية المكونة على دائر الجمجمة يظهر انه اصل لبعض تشوهات مخصوصة وذلك لانه اما ان يبرز الى الخارج بعض المخ المحوى فى الكيس الفتقى مع الماء الذى خرج من تمزق هذا الكيس وفساده وذلك هو ما يسمى عند جيوفروه بودنسيفاليا وقد سبق اصل هذه الكلمة واما ان تتقارب وتنضم وتلتصق من جديد الاعضاء التى تكونت من تمددها سابقا الجدران الرقيقة الغير القادرة على اكتساب الحياة او اقله على اكتساب الشكل الاول ومن ذلك تنشأ العين الوحيدة ونحوها واما ان تبقى الاجزاء المتمزقة بعد التمدد منعزلة ومثال ذلك الانف المشقوق نصفين ولنقصر الكلام هنا فيما يتعلق بالبحث الذى

نحن فيه ونذكر اجزاء الجمجمة التى يوجد فيها الاستسقاء المخى الفتقى فالقمحدوة كثيرا ما تصاب بذلك اما بان يضيق عنق الكيس عادته قرب الجمجمة فيمر من وسط هذه العظمة اى القمحدوة واما بان يمر ذلك من اليافوخ الخلفى اومن تقويراعلى الثقب القمحدوى وقد يكون مجلس الورم فى قمة الجمجمة اوالخلو بين الجبهيين اوالقسم المصفاتى الانفى بل احيانا يمر من العظم الوتدى بين جسمه المقدم والخلفى ففى الاحوال الاول يكون الورم فى الخارج بالكلية وفى الاواخر يبرز فى الفم والحلق كما شوهد ذلك كثيرا وقد يوجد الورم فى بعض الاطفال ايضا قرب احدى زاويتى العين لكن يكون حينئذ قليل الجم وشوهد ايضا فى القسم الصدغى

وقد ثبت بالتشريح انه يوجد غالبا جزء من المخ فى الكيس الفتقى مع كمية من الماء محوية تارة فى نفس هذا الجوهر وتارة فى غلافه فالاستسقاء المخى الاولى يكون تارة باطنيا وتارة ظاهريا وفى ذلك فرق فى الانذار واحدى تلك الاحوال هى التى يفعل فيها البزل ليستفرغ السائل لكن يلزم ان يؤكد من قبل حسب الامكان عدم وجود جزء عظيم من المخ خارج الجمجمة ومن سوء البخت عسر ذلك ويلزم اليأس من النجاح اذا علم من حالة الجمجمة وتغير شكلها وتضايقها والتصاقها وغير ذلك انه حصل لها نقص وصغر عظيم من استفراغ جزء مما هى محتوية عليه عندما تكون الفتق وبالاختصار انذار الاستسقاء المخى الفتقى ثقيل دائما سواء لمس اولم يلمس وشوهد بقاؤه فى اشخاص الى ثنتى عشرة سنة من وجوده ولكن الغالب ان يعرض التهاب وتقرح فى الورم فيحدث من ذلك التهاب مخى يقتل بعد بعض اسابيع من الحياة فقط واتفق ان البزل فعل مرتين فحصل منه مرة هذه النتيجة فى حالة كان اليأس فيها غالبا يقينا غير ان الطفل طالت حياته زيادة عن ما كان يظن فعلم من ذلك ان من المهم جدا ان لا يشتبه هذا الداء بالغدد والسلع فان ازالته وربطه بل وبزله ايضا قد يقتل الطفل لوقته ويكون الجراح هو السبب لقتله والصفات الرئيسة للداء هى التموج الذى يشاهد كثيرا وبعض شفافية فى الورم والاستشعار بفتحة

فى جدران الجمجمة نحو عنيقه واتساع الدروز واليوافيخ حيث يغلب حصول ذلك مع هذه الحالة ورجوع جزء من المحوى فى الورم بالضغط وكذا عكسه اى زيادة توتره اذا ضغطت الجمجمة واحيانا حصل فى هذه تضايق وتغير فى شكلها وصلابة فيها

المطلب الرابع

فى الاستسقاء السلسلى وانفصال الفقرات المسمى بداء الحدبة (اسبنا بفيدا)

يسمون بذلك ورما اواوراما موضوعة على طول العمود الفقرى فى محاذاة تباعد النتوات الشوكية اى الاخلية التى بينها وتنتج من تراكم مصل محوى فى كيس مكون من الجلد واغشية النخاع ومجلس هذا الورم يكون غالبا فى الجزء القطنى من العمود ويندر فى الظهر واندر منه فى العنق ويختلف حجمه فمنه مالا يبلغ حجم بندقة واحيانا لا يشاهد ورم حقيقى وانما يشاهد بروز جلد شفاف يحس فيه بتموج وقد يكون كرأس الطفل وشكل الورم اما فسطلى مستطيل مستديرلا بانتظام اوكثير الفصوص او بيضاوى وتارة يكون اعظم اتساعا فى القاعدة وتارة فى القمة فتكون القاعدة ضيقة وتلك حالة توجد بالاكثر اذا كانت فتحة الفقرات ضيقة جدا واحيانا لا يكون عظيم الاهتمام بالنظر لحجمه بل بالنظر لسعته فمثلا اذا كانت السلسلة منفتحة فى جميع جزئها الخلفى شوهد الجلد اوغشاء آخر غيره بارزا فى طولها بروزا مستويا اوغير مستو كهيئة جدار محدب لقناة واذا كان هناك اورام كان الضغط المفعول على احدها الا يقلل حجم ورم عادة الاويزيد فى حجم آخر واذا كان المجلس فى القطن زاد حجمه اذا وقف المريض عموديا وقوام المرض يكون دائما فى قوام كيس محتو على سائل يزول كثيرا اوقليلا بادنى ضغط خفيف يقينه نحو المخ وذلك الضغط يكون فى العادة مؤلما وقد ميزوا هذا الاستسقاء الى باطن وظاهر وذلك التمييز مهم لتوضيح الامور الواقعية ولنتايج العمل وقسم اندرال هذا الاستسقاء الى نوعين عارضى مكتسب لا يوجد الا بعد الولادة بزمن ما وخلقى وكل منهما صنفان الاول تكون فيه الجدران العظمية للسلسلة سليمة والثانى

يكون منفصلة عن بعضها وحينئذ يسمى الداء بانفصال السلسلة اعنى المسمى اسبنا بفيدا ويظهر ان السبب الغالب له هو وقوف نمو الجدران العظمية للسلسلة مرتبطا ذلك باستسقاء فى الاغشية المحيطة بالنخاع او بوقوف آخر فى نمو النخاع نفسه بحيث يبقى سائلا كما فى الازمنة الاول من تكونه اما فى الاحوال النادرة حيث يشاهد فى الكبار فيختار كونه حاصلا من تغير تابعى فى تغذية الفقرات او عمل امتصاصى رجع به النخاع لحالته الاولية وقد شوهد الداء فى جملة اطفال ولدوا من ام واحدة سواء كانوا توائم او متفرقين

ثم هو مهما كان مجلسه ينقسم الى ثلاث درج او اصناف تختلف فى المنظر وتمييزها ينفع فى العمل الدرجة الاولى ان يكون الجلد المغطى له سليما كجلد بقية الجسم وعلاماته المحققة لوجوده تؤخذ من مجلسه ومن التموج والاحساس بتباعد الفقرات عن بعضها فيكون الجلد فى هذا الصنف معينا على تكون جدران الورم وهو اقل خطرا من الاصناف الاخر وربما طال زمنا طويلا بدون ان يتسبب عنه ادنى عارض والدرجة الثانية ان يكون الجلد شديد الرقة والشفافية وتمر فيه خطوط مرمرية بنفسجية ويكون فى بعض الاحوال مجلسا لرشح مصلى صديدى اودموى يكون علامة على قرب تمزق الورم والدرجة الثالثة ان يكون الورم منفتحا ولا يوجد فى عمقه الاغشاء رقيق جدا منثقب ويخرج منه مقدار من السائل المنسكب ويحيط به حوية حمراء خشنة غير مستوية مكونة من الجلد والنسيج الخلوى تحته وتكون امتن كلما قربت لحوافى التفرع الفقرى وهاتان الدرجتان اكثر وجودا من الاولى ولما كان معظم الاطفال المصابين بهذا الداء يولدون غالبا مع مثل ذلك التقرح ظن بعض المؤلفين ان الجلد يشترك فى تكون جدران الكيس مع ان بليار شاهد سلامة الورم وتغطيته بالجلد وعاش صاحبه نحو شهرين وما مات الا بالتهاب رئوى

وفتح ورم الاستسقاء السلسلى يكون دائما مغما لانه يحصل منه سريعا التهاب الاغشية وجميع العوارض التى تتبع ذلك بل والموت وقد ذكر مرجانى ان طبيبا

جاهلا فتح هذا الورم فكانت عاقبة تلك العملية مشومة لان الطفل عندما عملت له سقط حالا فى ضعف وذبول ونحول حتى هلك فى ثلاثة ايام وذكر بليار انه شاهد سبعة اطفال مصابين بهذا الداء فخمسة منهم ولدوا باورام منثقبة فماتوا بالتهاب سحائى سلسلى لم يلبث قليلا حتى امتد للمخ وبقى الذين لم تنثقب اورامهم احياء زمنا ما يبدون ان يظهر فيهم ادنى عرض غير انه لما عرض فساد جدران الكيس وحصل من ذلك الفساد سيلان السائل المحوى فيه عرضت تشنجات ابتدأت فى اليوم الاول من الولادة ودامت الى وقت الموت ولما فتحت جثثهم وجد فى الخمسة انصباب مصلى كثير فى الجمجمة وعلى طول النخاع بحيث يقرب للعقل ان تباعد الفقرات والورم التابع لذلك انما كانا نتيجة طبيعية لتراكم هذا المصل اى للاستسقاء المخى السلسلى واما الاثنان اللذان كان الورم فيهما صغير الحجم وموضوعا فى القسم العجزى ومغطى بجلد سليم فكان المخ فى غاية السلامة وبطيناته غير متمددة ولم يوجد مصل الا على طول السلسلة وكان النخاع سليما فسلامة المخ ربما تنفع لاثبات ان الداء قد يبتدأ احيانا بالسلسلة وظهر لبليار من البحث الزائد ان مجلس المصل كان فى نفس تجويف العنكبوتية قال واظن انى وجدته مرة فقط بين العنكبوتية والام الحنونة فيكون مجلس هذا الاستسقاء غير مجلس السائل المخى الشوكى الذى ذكره ماجندى وربما كانت تلك الحالة حاملة على ظن ان السائل المصلى كما يوجد بين العنكبوتية والام الحنونة يوجد ايضا فى نفس تجويف العنكبوتية ولم اجد هذا السائل ثخينا متكدرا ندفيا الا فى الاطفال الخمسة الذين كان معهم التهاب سحائى اى التهاب اغشية النخاع وكان صافيا غير ندفى فى الطفلين الآخرين اللذين كان موتهما بداء غريب عن المجموع العصبى ولم اجد اتصالا تاما بين سائل السلسلة وسائل الجمجمة ثم ساق بليار مشاهدات تؤيد ذلك حتى انه وجد صفة سائل السلسلة غير صفة سائل المخ وذكر كروفليير مشاهدة طفل مصاب باستسقاء مخى ولم تحتو اغشية النخاع الاعلى مصل يسير والضغط على الجمجمة لم يوصل للقناة الفقرية نقطة من السائل ولما فتش حينئذ على القصة

التى ذكرها ماجندى وبعد مع غاية اللطف جزء الفص المتوسط للمخيخ حيث يجاور الوجه الخلفى للبصلة الفقرية لم يشاهد تلك الفتحة وانما شاهد غشاء فيه عتامة هو زائدة من الام الحنونة ارتفعت بالمصل ولما ابزل هذا الغشاء خرج منه حالا سائل فائض فنتج من تلك المشاهدة ان الاستسقاء الفقرى لا يصحب دائما استسقاء المخ حتى ولو كان هذا الاخير عظيم الحجم وان المانع الذى يمنع الاستسقاء الفقرى هنا هو زائدة من الام الحنونة تمتد من قلم الكتابة لجزء من الفص المتوسط الذى للمخيخ ويؤخذ من المشاهدات التى تعارض بعضها ان سائل الاستسقاء المخى الفقرى يكون منصبا تارة بين العنكوتية والام الحنونة وتارة بين ورقتى العنكوتية واما القناة التى زعم ماجندى وجودها وانها متصلة بالمخ فيحتمل انها حالة استثنائية غير مطردة الوجود اذ ليس هنالك مشاهدات تقويها ولو فرض الاتصال بين السلسلة والجمجمة بحيث انه قد يرتفع السائل الى اعلى حتى يدخل فى بطون المخ لزاد ثقل الانذار والعادة ان يستشعر وان كان مع التعب بحوافى القناة الفقرية مفتوحة بدرجات مختلفة وان تكون الصفائح مقذوفة الى اليمين واليسار ولا يوجد الاميزاب واسع واحيانا يوجد جسم الفقرات منشقا ايضا سواء فى قسم من اقسام السلسلة او فى كلها واحيانا اخر لا تنشق الا النتوات الشوكية فقط وتكاد ان لا تتباعد عن بعضها والغالب ان يكون الورم لينا متموجا عديم اللون ضيقا من محل اتصاله بالقناة ويتسبب عن انضغاطه عوارض سباتية او تشنجية واحيانا عوارض دائمة مثل برابليجيا وضمور الرجلين وهذا التشخيص مهم لان هنالك فى ادروسيفا الوسيل قد يتسبب من العملية والشق الواسع موت سريع ويكفى لانتاج مثل ذلك ضغط قوى على الورم اما الضغط الخفيف فيصح حفظ الورم به وحمايته عن المصادمات ومن المعلوم ايضا ان النخاع الشوكى يبقى غالبا سليما فى وسط السائل المنصب وقد يوجد رخوا لينا كما تكون جدران البطينات المخية فى الاستسقاء المخى وقد يوجد فيه مع ذلك شئ من عيوب التكون التى ذكرناها واما عوارض هذا الداء فتكون فى الغالب معدومة متى لم يكن بين باطن الورم والهواء

اتصال ولم يضغط السائل على المخ ولا النخاع بحيث يؤذى بمارستهما الوظائفهما
اما اذا انفتح الورم فانه يعرض لالتهاب اغشية النخاع ويحصل من ذلك اعراضه
التى يحدثها غالبا والغالب تمزق هذه الاورام قبل الولادة فاذا نجت من الولادة
كان السبب فى تمزقها بعدها هو الالتهاب والتقرح والغنغرينا هذا هو السير
الاغلب للاستسقاء السلسلى الغير المتمزق بعد الولادة وذلك التمزق يسرع
حصوله او يبطئ كبعض ايام او اسابيع وقد يبقى الورم مدة سنين حتى يعرض
عارض تمزق وشوهد بقاؤه الى ثمان وعشرين سنة بل خمسين ولكن الغالب
سرعته واهلاكه ويسبق هذا الانتهاء المحزن برابلجيا اى شلل النصف الاسفل
من البدن والسبات والتشنجات وشوهد التحام التمزق فى سن عشرين سنة
وعاش الشخص مدة بعد ذلك واذا حصل التمزق فى مدة الحمل لم يكن ذلك مهلكا
للجنين حالا وانما يهلك بعد خروجه من بطن امه بايام والغالب عدم حصول
الالتحام وقد يحصل كما شوهد اثره وقد يكون الحاد عرضا يعرض فى سير بعض
امراض فيكون نتيجة من نتايجها كالتهاب العنكبوتية او الرض الثقيل
وقد شوهد ايضا فى بعض امثلة السكتة المخية ومع احتقان الاوردة الفقرية
وبعد امراض اخر مخية وشوهد ايضا عقب الآفات الحمية المصاحبة
لاعراض تشنجية وسيما الحمى الصفراء والمصل المتراكم حينئذ فى القناة الفقرية
يكون متكدرا غالبا وقد يكون صديديا او مدمما او صافيا والغالب كونه قليلا
والمزمن كثيرا ما يكون ايضا عرضيا ولكن يظهر انه قد يكون ذاتيا كما شوهد
ذلك فى الكبار

قال اولفيير وتراكم المصل الذى اعتبره سابقا مرجانى سببا لهذا الداء ليس
كذلك بل هو غريب بالكلية عنه على رأى كروفلير فانه ظن ان سببه المحدث
هو الالتصاق العارضى الغير الطبيعى للنخاع الشوكى واغشيته بالجلد وذلك
الالتصاق مقدم فى الوقوع على تغضرف الصفائح الفقرية التى تحفظ النخاع
بعيدا عن قناته العظمية وبموجب ذلك يمنع تكون هذه الصفائح فى القسم
المحاذى له فهذا الطبيب بمقتضى هذا الرأى لم يرانه يضطر للاستسقاء السلسلى

حتى

حتى يوضح تولد الانفصال السلسلى فان الالتصاق متى حصل تكون القناة العظمية غير تامة الكمال ومن المعلوم ان السائل النخى الفقرى يذهب للمحل الذى تقل مقاومته له ولذا قال ان الورم يكون احيانا قليل العظم بحيث يمكن اخراج السائل بالكلية بدون ان ينتج من ذلك عارض عظيم فى الطفل لكن هذا البيان لا يتم الا فى الحالة التى يوجد فيها التصاقات للنخاع والاعصاب الفقرية بجدران الورم الفقرى مع ان مثل هذه الالتصاقات قد لا توجد على انها لا تدل على سبب انقلاب الصفائح الفقرية التى كثيرا ما توجد منقذفة الى الخارج وتكون من الجانبين متحاكية تحاكيا تاما والغالب ان لا تشاهد هذه الالتصاقات الا اذا كان الورم شاغلا للقسم القطنى او العجزى اما اذا كان شاغلا للعنق او الظهر فان النخاع الشوكى واعصابه لا تلتصق بجدران الورم

العلاج * الضغط اللطيف التدريجى على الورم هو العلاج الوحيد المناسب الاستعمال ولم تحقق لنا التجربة الى الآن نفع فتح الكيس الذى يفعل مرات كثيرة بابرة دقيقة ولا الطريقة التى تقوم من ان ينفذ فى الورم خزام لان التهاب الاغشية يحصل عقب هذه العمليات غالبا كذا قال بليار واحال فى ذلك على كتاب اولفيير قال هذا الطبيب الاخير وهذا الرأى الذى كنت ذكرته فى الطبع الثانى لكتابى يلزم ان ينوع من جهات كثيرة على مقتضى المشاهدات التى شوهدت الى الآن ولنذكر ملخص ما ذكرناه فى بعض مؤلفاتنا فنقول

الغرز المتكرر كثيرا ما نتج منه شفاء تام لهذا الداء فقد نجح مع كوبر مرتين من ثلاثة احوال ففعل غرزا متضاعفا متتابعا فى الورم بابرة وروبير ودوزنتى نالا مثل هذا النجاح حتى ان حالة الطفل كانت فى حالتين من تلك الاحوال غير جيدة لكونه كان معه شلل وفى الحالة التى ذكرها روبير كان عمر الطفل ثلاثة اشهر عندما ابتدأ له فعل الغرز واما عروض التهاب شديد فى جدران الورم مع تشنجات شديدة فليس عندنا منه الا امثلة يسيرة فتلك العوارض تسكن

شيأ فشيأ من تأثير الاستفراغات الثقلية والافصاد الموضعية وجلد الورم يسمك فيفعل فيه حينئذ ضغط يزاد فيه تدريجا فيهبط الورم شيأ فشيأ وينتهى بالزوال بالكلية ويبقى محله انخفاضا وفى الطفل الذى عمل له العملية روزيتى ضغط على الورم بعد الغرز المتكرر وكان مجلس ذلك الورم فى القسم القطنى فنيل بذلك انضمام وتصلب بحيث ان السلسلة فيما بعدا كتسبت فى هذا القسم قوام نصف غضروفى وزال شلل النصف السفلى مما تحت الحجاب الحاجز بالكلية وهاتان الحادثتان عظيمتا الاهتمام لانهما يثبتان خلاف رأى كوبر من ان هذا الشلل الذى يمكن اعتباره مانعا للعملية لكونه قد يخاف فيها من اصابة النخاع الفقرى اصابة عميقة لم يمنع حصول الشفاء التام فهذا التضاعف لاستسقاء السلسلة لا يمنع فعل العملية ونزيد على ذلك انه يلزم دائما استعمال الضغط على الورم بعد كل بزل لان هاتان الواسطتان يتعاونان ايضا حينئذ على الشفاء فكل منهما يقوى الآخر

وكما ان هذه الامثلة تفيد نجاح الوخزات المتكررة فى الاستسقاء الفقرى كذلك هنالك امثلة كثيرة احدثت فيها هذه العملية عوارض مهلكة لكن لا ينبغى ان تجعل من ذلك الحالة التى ذكرها اسكنير حيث فعل فيها الوخز سبعين مرة لانه لم يقتصر على الوخز فقط بل كان بعد الوخز يترك فى الورم انبوبة صغيرة ليستفرغ بها السائل زمنا فزمنا بدون ان يفعل وخز جديد وكان عمر الطفل سبعة عشر شهرا ومات بعد خمسة اشهر او ستة من العلاج قال اولفيير وعلى رأيى لا ينبغى ان تترك الانبوبة على الدوام فى الورم لان وجودها كوجود الحزام لا يعين الاعلى ظهور التهاب شديد فيسبب التهاب الاغشية النخاعية الذى هو فى الغالب قتال

ومن المعلوم ان الشفاء التام بالوخز يكون اقبل للنجاح كلما كان الورم اصغر والقناة الفقرية اضيق وما عدا ذلك اذا كان الورم كبير الحجم جاز ان يجرح النخاع الشوكى او الاعصاب النقرية الملتصقة غالبا بجدرانه وربما منعت العوارض الناتجة من ذلك نجاح العملية التى هى غير اكيدة ايضا اذا كان

انفصال

انفصال الفقرات عظيم السعة

المبحث الخامس

فى الكسر الخلقى للسلسلة والجمجمة وعيوب التكون فيهما اجمالا

بقى علينا من الامراض الخلقية فى الجهاز المخى الفقرى كسور العمود الفقرى وعظام الجمجمة وعيوب التكون فيهما وقد ذكرنا سابقا عدم انضمام النتوات الشوكية للفقرات فلم يبق علينا الا كلمات فى تقوس السلسلة الذى هو نادر فى المولودين والغالب ظهوره بعد الولادة ومع ذلك اذا بحث مع الانتباه فى العمود الفقرى للمولودين وجد فى بعضهم هيئة مخصوصة يمكن ان تكون من الاسباب المهيئة لذلك وتلك الهيئة تقوم من انتقال فقرة او اكثر من فقرات الظهر عن محلها من الخلف فبدل ان تكون على خط موازلبقية الفقرات تخرج عن التوازى فيوجد فى محاذاتها انخساف خفيف قال بليار وما شاهدت ذلك الا فى طفلين مولودين وربما كانت هذه الهيئة ابتداء تقوس وسنوضح تلك التقوسات المعيبة فى آفات السلسلة

وكثيرا مايوجد فى عظام جمجمة المولود عيوب فى التكون اوتفرق اتصال فالعيوب نتايج وقوف النمو ومن ذلك امثلة غير طبيعية عظيمة الاهتمام فى تعظم عظام الجمجمة شاهدها بليار فى ثلاثة اطفال فالالياف العظمية بدل ان تذهب من مركز العظم الى دائرته كانت متقطعة وعلى هيئة كتل صغيرة منعزلة موضوع بينها جوهر غضروفى الشكل فاذا لمست تلك العظام من فوق الجلد ظن انها مهروسة اومكسورة ووجد مرة فى مولود انخسافا عظيما فى الجزء المقدم السفلى فى الجدارى الايمن يظهر انه ناتج من سبب ضاغط ميخانيكى وضع على الجمجمة مدة تعظم اجزائها

ثم ان عظام الجمجمة قد يوجد فى محال منها كسور اذا كابد الرأس تعسرات عظيمة فى الخروج من مضيق الحوض او اضطر لاجل تتميم الولادة لوضع الجفت وقد اظهر شوسيير ودوجيس امثلة من ذلك من زمن طويل والغالب ان تكون تلك الكسور مصحوبة باحتقان مخى اوسكتة وذلك التضاعف

يستدعي انتباه الاطباء اكثر من الكسور نفسها

المبحث السادس

في الفتق المخي

تسمى بذلك اورام تتكون حول الجمجمة ناشئة من خروج جزء من المخ من محله وهي نوعان الاول يشاهد في الصغار اذ لم يكمل تعظم الدروز فيهم والثاني يظهر بعد فساد جزء من الجمجمة بسبب جرح مع فقد جوهر او من عملية ثقب الجمجمة او قسوسها او نحو ذلك وهذا النوع لا يخصنا هنا وانما الذي يخصنا هو الاول الخلقي فتارة يكون الورم محاطا بجلد الجمجمة المتمدد الرقيق وتارة لا يوجد هذا الجلد بل ولا الام الجافية وذلك الداء ينشأ من عدم تعظم عظام الجمجمة وسيما في محاذاة الدروز واليوافيخ فتترك العظام فيما بينها اخلية واسعة اما العدم نموها نموا كافيا بالنسبة لحجم المخ المشوه كما يشاهد ذلك في ادروسيفاليا واما لكونها كابدت وقوفا حقيقيا للنمو فينتج من ذلك تباعد اليوافيخ جدا فيبرز منها الورم مستديرا او بيضاويا رخوا بدون ان يتغير لون الجلد ويكون قليل الالم او عديمه وفيه ضربات موافقة لضربات النبض واذا كان الطفل ساكنا كانت خفية وتظهر للعين وباللمس من ادنى حركة وبالضغط ينقص حجمه بل قد يزول بالكلية ويزيد حجمه بالصياح والسعال والتثاوب ومدة الحركات القوية لاخراج النفس واذا كبس بالاصابع حول قاعدته استشعر بحواف قحفة الجمجمة التي خرج منها المخ والغالب ان لا تتغير القوى العقلية لكن اذا ضغط على الورم انقطعت ممارسة هذه القوى وحدث من ذلك سبات وشلل وقيء وبقية الاعراض التي تحدث من انضغاط المخ واتفق انه احضر لديوان الاطباء بباريس سنة ١٧٧٤ عيسوية شخص مصاب بفتق المخ من الجبهة فكان عمره ثلاثا وثلاثين سنة ولم يحصل له في عمره ادنى انخرام في وظائفه العقلية وهذا الداء ثقيل جدا ويوجد غالبا بل دائما مع الاستسقاء المخي الذي تقدمه لم يلبث قليلا حتى يسبب موت الطفل وتعرف طبيعته بالصفات التي ذكرناها وخصوصا بوضعه لانه يشغل دائما محلا محاذيا لاحد اليوافيخ وسيما اليافوخ

المقدم العلوى وشاهد الطبيب آدم من هذا الداء خمسة امثلة ونال شفاء حالتين منها بمعالجة شبيهة بمعالجة كوبر للاستسقاء السلسلى

العلاج * اذا كان الفتق المخى الخلقى مغطى بجلد الجمجمة لزم استعمال الضغط اللطيف عليه دائما وقد اعرض الطبيب سلنوف لديوان الاطباء الجراحين مشاهدة يستدل منها على جودة هذه المعالجة وذلك ان هذا الجراح استشير فى فتق خلقى فى حجم بيضة دجاجة وكان موضوعا نحو الزاوية الخلفية السفلى للعظم الجدارى فوضع على الورم صفيحة من رصاص ملتفة بخرقة ومثقوبة من حوافيها لتشبك فى قلنسوة الطفل ولما اعرض الورم للضغط المستدام التدريجى بهذه الصفيحة اخذ حجمه فى النقص شيأ فشيأ حتى زال بالكلية وتم تعظم الدرز اللامى بدون عائق وشاهد الطبيب كالزان شدة فاعلية هذا العلاج فى احوال كان حجم الفتق فيها قليل العظم فاذا كان الحجم كبيرا كان الضغط غير نافع بل وربما حصل منه اخطار ثقيلة فيلزم اذن الاكتفاء بحفظ الورم اى استعمال بعض اجهزة تحفظه من الاجسام الغريبة الخارجة واحتكاك الملابس

والطبيب آدم لم يتيسر له ان يستعمل فى احد من مرضاه الضغط باى كيفية كان بخلاف البزل للاستسقاء فانه نال منه نتائج نافعة فى الغالب فهو مختار عنده فى معظم الاحوال ولم ينجح معه امتزاج الضغط بالبزل فى حالة اجتهد فيها فى عمل ضغط منتظم لطيف جدا بعد استفراغ السائل ببزل الكيس فحدث للطفل تشنجات عندما وضع الرباط وذكر آدم ايضا مثالا من هذا الفتق الخلقى استفرغ منه بالبزل الضيق مقدار عظيم من المصل فخرج الطفل حالا من حالة العته والخدر الذى كان فيه غير ان السائل لم يلبث قليلا حتى تولد ثانيا وعرض الموت فى اليوم التاسع

واتفق ان طفلا عمره ست سنين كان معه من وقت ولادته ورم فى حجم بيضة دجاجة موضوع بالعرض تحت الحدبة القمحدوية واما بقية الرأس فكانت فى غاية الانتظام وكانت اليوافيخ منسدة من مدة طويلة وكان هذا الورم

مائلا الى الاسفل والخلف نحو العنق وفيه ضربات موافقة لضربات القلب ويزيد حجمه من تاثير السعال والعطاس واذا ضغط عليه وجد رخوا كانه كتلة من صوف ولم يحصل له من هذا البحث الم والورم من وقت ولادة الطفل لم يزد حجمه الان الجلد اخذ فى زيادة الشفافية ببطئ وصار رقيقا فى بعض المحال بحيث يظهر انه يلزم ان يتمزق ويخرج منه السائل الذى يميز من تحته فلاجل الحذر من هذا التمزق الذى يحصل من ذاته فعل الطبيب آدم بزلا بابرة دقيقة جدا فسال من الفتحة نحو نصف اوقية من السائل وصار الكيس مسترخيا وعرف فى تجويفه ورم فى حجم بندقة مكون حسبما يقرب للعقل من جزء من الفصوص الخلفية للمخ فتحمل الطفل هذه العملية الصغيرة بدون ان يعرض له عارض حينئذ غير ان الورم فى اليوم الثانى رجع له حجمه الاول فاعيد له البزل بعد بعض ايام ونتج منه مانتج من البزل الاول وبالجملة كرر ذلك البزل سبع مرات فكانت نتيجته كماذكر وابدلت فى مرة منها الابرة الدقيقة بمبضع وحصل عقب هذا الشق قليل حمى

فمن تأثير هذا العلاج البسيط رجع الجلد على نفسه ببطئ واكتسب حجمه الاعتيادى وامكنه ان يقاوم زمنا طويلا التمدد المسبب عن تراكم السائل ومرات البزل لما اخذت فى التباعد عن بعضها شيأ فشيأ اخذ السائل فى القلة ومع ذلك لم يحصل من زواله نقص فى حجم الورم الصلب المتكون حسبما يقرب للعقل من الفتق المخى مع ان الطفل كان ممتعا بصحة جيدة

قال بليار وهنالك نوع من الفتق المخى اندر من السابق ولم اعثر عليه الا مرة واحدة ولا اعلم للمؤلفين مثالا غيره وها هو قصة هذا المثال المحتوى على عيب فى تكون الجمجمة وفتق فى المخ وهى طفل انثى عمره يوم واحد دخل بيت المرضى فى الثانى والعشرين من شهر وكانت قوته متوسطة وجلده احمر جدا ولم يكن معه شئ من الاعراض الا اسهال فيه بعض كثرة وكان صياحه قويا وتنفسه خالصا ومعه فى الجزء الجانبى الايسر من الوجه امام الاذن ورم قطره نصف قيراط وهو تام الاستدارة وبارز من الاسفل اكثر من الاعلى حيث يختلط

بجلد الجمجمة اما من الاسفل فله حافة بارزة محدودة وكان الجلد المغطى له سليما ومحمرا كبقية الوجه وكان ذلك الورم مؤلما وفيه بعض استرخاء عند اللمس وكانت الجبهة منضغطة جدا من الاعلى الى الاسفل وفيها بروز عظيم من الامام والاجفان هابطة فى الحجاج ومن زيادة قربهما لبعضهما لم تتأت مشاهدة المقلة ويوجد على الجانب الايسر من الجمجمة اثر التحام مستطيل محمر وحوافيه بارزة قليلا ويظهر انه انما تيبس من زمن قريب وبقى هذا الطفل ببيت المرضى الى اليوم العشرين من الشهر التالى حيث مات اذ ذاك ولما فتحت جثته وجد التهاب شديد فى القناة الهضمية ووجد الجهاز التنفسى سليما والنصف الكرى الايسر من المخ اقل حجما من الايمن بالثلث ولم يكن الجيب المستطيل العلوى ولا شرشرة المخ موضوعين على الخط المتوسط للجمجمة وانما كانا متجهين بانحراف من الجزء المتوسط من الجبهة الى الجزء الجانبى الايسر من الحفرة القمحدوية ووجد جزء النصف الكرى الايسر الساكن عادة فى الحفرة الجانبية المتوسطة من قاعدة الجمجمة منقذفا الى الخارج فى شبه كيس مكون من العنكبوتية والام الجافية والجلد فكان الورم الذى ذكرناه مكونا فى ذلك الجزء المخى وخرج من تجويف الجمجمة من فتحة واسعة ناتجة من الفقد التام للجزء القشرى الذى للعظم الصدغى ولم يقم ذلك الجزء الامن ثنية نهايتها خطان وانحنت الى الخارج كجدار فوقعة وكانت زاوية العظم الجدارى موجودة ومكونة للجزء العلوى من الفوهة وكانت اغشية المخ كجوهره محتقنة بالدم فمن الواضح ان هذا الفتق كان نتيجة الضغط الذى حصل للجمجمة والمخ يقينا مدة الحياة داخل الرحم واما عدم نمو الجزء القشرى من العظم الصدغى فيقرب للعقل انه تسبب من الضغط الحاصل عليه من الجزء المحاذى له من المخ انتهى

واذا تعوق التعظم لعظام الجمجمة جاز ان ينفتق المخيخ ايضا وهذا الداء سموه سابقا برنسيفالوسيل اى فتق المخيخ وهو اندر من فتق المخ الحقيقى وقد شوهد منه بباريس مثالان سنة ١٨١٣ احدهما شاهده لالمند وكان موضوعا على القمحدوة فظنه سلعة وابتدأ فى استئصاله ثم اوقف نفسه لما رأى

اللون الابيض اللامع للام الجافية ولاسيما عندما شاهد ان الورم خارج من فتحة فى عظم القمحدوة ولم تلبث البنت الصغيرة التى عمل لها ذلك حتى ماتت بعد بعض ايام ولما فتحت جثتها عرف ان الفتق محاط بالام الجافية واندفع نافذا من فتحة فى العظم القمحدوى وانه يحتوى على جزء مستطيل من فصى المخيخ وثانيهما مثال شاهده بافوس بعد الاول بيسير وامتنع هذا الجراح من فعل العملية خوفا من ان يحصل له كما حصل للطبيب لاملندفات الطفل ولما فتحت جثته وجدت حالة الاعضاء كما فى مثال لاملند وذلك احوج الجراحين لان يبحثوا مع غاية الانتباه فى الاورام التى يجدونها فى القسم القمحدوى لما فيها من اخطار الاستئصال والفتح اذا كانت مكونة من المخيخ

فاذا كانت الفتوق المخية كبيرة الحجم وخالية من جلد الجمجمة فى كلها او جزئها وكان عدم تعظم هذا التجويف عظيما لم يكن للوسائط العلاجية دخل فى الشفاء فتولد الاطفال الذين معهم ذلك امواتا او يموتون بعد الولادة بيسير لان فى هذه الاحوال يكون جزء عظيم من المخ محويا فى كيس واسع مكون من اغشيته المستطيلة وكثيرا ما يتلف جزء منه فيعدم الجلد او يكون خاليا من الشعر رقيقا جدا فيتكون منه غشاء محمر نصف شفاف رخو يسهل تمزيقه ويوجد فى الجمجمة فتحة مختلفة السعة وهى التى خرج منها الورم وتكون غالبا موضوعة فى محاذاة الدروز واليوافيخ ويندر كونها فى عظمة من العظام المسطحة من الجمجمة وتكون تلك الجمجمة فى الغالب ضيقة ومشوهة الشكل وقدم عن قريب لديوان الجراحين طفل مولود مصاب بفتق مخى فى حجم قسطلة غليظة وكان الورم موضوعا اعلى جذر الانف ويظهر انه خرج من تباعد قطعتى الجبهة عن بعضهما قال بريشيه قد شرحت بتشديد الراء ورما فى حجم قبضة كف وله عنيق وكان خارجا من اليافوخ الخلفى وزالت منه بالكلية تعاريج الجزء الخارج من المخ حتى تكون منه جدران تجويف عظيم مملوء بالمصل الشفاف وله اتصال بالبطن الايسر بواسطة قناة ضيقة وحصل من الطفل الذى معه ذلك بعض حركات ضعيفة عند الولادة ومات عقبها

الفصل الثالث

الفصل الثالث

فى امراض الجهاز المخى الشوكى الحاصلة بعد الولادة

وفيه ثلاثة مباحث

المبحث الاول

فى الاحتقانات فى هذا الجهاز وسكتة المولودين

الاحتقانات الضعفية فى الجهاز المخى الشوكى كثيرة الحصول فى المولودين وتنشأ فيهم من كثرة الاوعية وبطئ الدورة وتأثير التنفس على الدورة السلسلية والمخية والذى يوضح لنا كثرة الاحتقان فى هذا الجهاز وطول الولادة والجذبات اللازم فعلها فى الاعمال والتعسر الذى يكابده التنفس فيهم والتغير الفجائى الذى يعرض فى دورة الطفل ويختلف ذلك الاحتقان من ادنى ما يكون فى الاغشية الى السكتة الحقيقية

وقد سمى المؤلفون بسكتة المولودين عموما جملة درجات من هذا الاحتقان المخى بل الغالب ان الاطفال الذين يموتون فى حالة سكتية لا يوجد فى جثثهم الانصباب الدموى ولا النزيف المخى المحدود الذى يقوم منه الداء المسمى بذلك ايضا فى الكبار البالغين وذلك الاحتقان فى الاغشية او النخاع او المخ كثير الحصول للمولودين بحيث يظهر ان جعله حالة طبيعية اصوب من جعله حالة مرضية لانه يوجد فى كثير من رحمهم ويكثر فيهم ايضا الاحتقان الوعائى بل وانصباب الدم فى الطرف السفلى الخلفى للسلسلة قال بليار وقد شاهدت ذلك مع كونه لم يحصل منه مدة الحياة اعراض مهمة فاذا امتد الاحتقان فيهم لم يلبث قليلا حتى يحصل منه تخير دموى على سطح اغشية الدماغ وتجد غالبا من الدم الحاصل من ذلك كمية كثيرة او قليلة فتضغط على المخ او النخاع الشوكى ويحصل من ذلك سبات وهبوط هى صفات السكتة وذلك النزيف الخارج عن الكتلة المخية هو ما يحصل غالبا للاطفال الذين يقال فيهم انهم ماتوا بالسكتة وسماه الطبيب سير بالسكتة السحائية نسبة لاغشية المخ ونسبها لتمزق بعض فروع وعائية من الفروع التى تزحف على سطح المخ

قال اولفيير اعتبر كروفليير على حسب مشاهداته ان هذه السكتة هى السبب لموت ما يزيد عن ثلث الاطفال الذين يموتون قبل الطلق بيسيرا وفى مدة الولادة وشاهد اثرها فى معظم الاحوال التى تنسب فى العادة للاسفكسيا او لضعف المولودين وصفتها التشريحية اللازمة هى انصباب دم سائل فى تجويف العنكبوتية يكون فى الغالب محدودا فيما حول المخيخ وكثيرا ما يكون مع ذلك محيطا بالفصوص الخلفية للمخ وقد يغطى المخ والمخيخ بطبقة من دم يعسر كشف ينبوعه فى تمزقات الاوردة السطحية ويندر ان يشغل تجويف البطينات ولم يشاهد كروفليير هذا الانصباب فى نفس جوهر المخ او المخيخ وفى جميع الاحوال تكون الام الجافية القحفية متمددة بدم سائل محوى فى تجويف العنكبوتية والمنسوج الخلوى الذى تحتها وكثيرا ما تصحب هذه الانصبابات بورات دموية تحت جلد الجمجمة تختلف عن الارتشاح المصلى الدموى الناتج من عمل الولادة وكثيرا ما توجد احتكدام وبورات صغيرة دموية بين السمحاق وعظام الجمجمة (سيفاليماتوم) وليس جميع الاطفال المصابين بالسكتة يولدون اموانا لان كثيرا منهم يتنفسون تنفسا كاملا او غير كامل اما بانفسهم او من الاحتراسات التى تفعل لهم زمنا طويلا وبعضهم يعيش يوما واحدا او جملة ايام فى حالة ضعف وخدر وعدم حركة وبرد عظيم منسوب ذلك لضعف ولادى ويقرب للعقل ان منهم من يعيش ويمتص الدم المنصب معه تدريجا

وقد يصحب هذه السكتة احتكدام فى الرئة وفى الغدة تيموس تنشأ يقينا من السبب الذى احدث السكتة نفسها وتحتقن الكبد والطحال بالدم ويكون الغشاء المخاطى المعدى المعوى شديد الاحتقان ويعسر غالبا تعيين سبب هذه السكتة وقد شوهدت عقب الولادة السريعة وبعد الولادة التى كان الطلق فيها طويلا شاقا وقد يظهر انها حاصلة من خنق العنق بالحبل ومن انضغاط الحبل نفسه وظن كروفليير انها تنشأ دائما من سبب ميخانيكى انتهى وسطح الجسم يظهر كانه منتفخ ولونه بنفسجى او ازرق مسود وذلك يكون اكثر وضوحا فى الاجزاء

العليا

العليا من الجسم وسيما الوجه ويكون اوضح فى الذين التف حبيلهم السرى على عنقهم فان هؤلاء يحصل فيهم ايضا زيادة عن ذلك رجوع الدم فى الاوردة الوداجية ومنعه عن الدوران بسبب التفاف الحبيل على العنق وتكون العضلات عديمة الحركة والاطراف باقية على انثنائها والجسم حافظا لحرارته وتكون ضربات الحبيل والنبض والقلب فى الغالب خفية بل غير محسوسة ولما كان يوجد فى الرمة احتقان اوعية المخ او انصباب الدم على الاغشية او فى جوهر المخ مع احتقان الرئتين سهل معرفة توضيح هذه الحالة فلاجل ازالتها يلزم اما ارجاع الاطلاق للدورة فى المشيمة وذلك لا يمكن واما تحصيل التنفس فيسهل نفوذ الدم فى الرئتين غير ان انضغاط المخ يسبب شلل العضلات وسيما عضلات التنفس فاذا لم يكن هناك الا مجرد احتقان فى الاوعية كان الخطر قليلا لكن يكون ذلك مهلكا اذا كان الانصباب فى جوهر المخ ومن سوء البخت انه ليس هناك علامة تدل عليه حتى يؤسس عليها الانذار وانما تراعى هؤلاء الاطفال مراعاة التداوى واول دلالة لذلك هى ازالة انضغاط المخ واحتقان الرئتين وينال ذلك بقطع الحبيل السرى سريعا وتركه ليسيل منه مقدار من الدم والغالب انه متى سال منه بعض ملاعق صغيرة عاد التنفس اذا لم يكن هناك مانع يمنع نفوذ الهواء فى الرئتين كمادة مخاطية سادة للفم الخلفى فان كانت ازيلت بلطف فيزول اللون الازرق تدريجا لكن بسرعة ويتبدل بلون وردى اولا على الشفتين ثم الخدين ثم باقى الجسم وفى بعض الاحيان تضعف الدورة بحيث لا ينصب الدم من الشرايين السرية فيمكن حينئذ ان يحرض السيلان بغمس الطفل فى حمام فاتر وعصر الحبيل مرات كثيرة من محل اندغامه الى محل قطعه وذكروا ايضا الضغط على البطن بلطف واظن ان ذلك غير نافع بل لا يخلو عن خطر فاذا لم ينل سيلان الدم بتلك الوسائط مع ان ذلك نادر لزم وضع علقة على قاعدة كل اذن فان ذلك ناجح وفى بعض الاحيان تتجدد الحالة السكتية او تظهر اول مرة بعد حصول التنفس بل ربما حدثت فى اليوم التالى للولادة بدون سبب مشاهد وقد يكون سببها مانعا يمنع سير الدم فى الرئة

كما سبق التنبيه على ذلك فحينئذ يصيح الطفل صياحا شديدا طويلا وينتفخ الوجه ويكون لونه كما سبق وتتلون الايدى والارجل بلون الوجه فتلك الاعراض تحصل فى هذه السكتة التى يصح ان تسمى تابعية غير ان التنفس يأخذ فى القلة والضعف ويضعف الصوت بل يزول واوصوا حينئذ بحل الرباط او قطعه مع ان من النادر نزول الدم من الحبيل حينئذ لكن متى قطع من تحت الرباط سال منه الدم وقد ينال نفع كثير فى هذه الحالة من وضع العلق ويندر الاحتياج لاكثر من ثنتين فالفصد باى كيفية كان يكفى لارجاع التنفس وحياة الطفل ولكن كثيرا ما يحتاج لغيره من الوسائط ولينظر ذلك فى اسفكسيا الاطفال

واحتقان النخاع الشوكى كثير الحصول للاطفال ايضا ويكون على شكل احرار نقطى او رملى ويلون احيانا جوهر العضو بلون احمر واضح ويوجد بالاكثر على الاجزاء الجانبية للاجسام المضلعة والطبقات البصرية حيث توجد هناك اوعية المخ بكثرة وتحصل فيها غالبا الانزفة والالتهابات المخية فى جميع ازمنة الحياة ويؤكد ذلك مشاهدات مرجانى والابحاث الجديدة من الطبيبين لاملند وبوليود ولا يخفى ان العلاج هنا نظير ما سبق

ويمكن لكن على سبيل الندرة ان يوجد نزيف مخى محدود قال بليار ولم اجد من ذلك الاحالة واحدة ومات الطفل فى اليوم الثالث بعد الولادة وكان معه الاعراض الاعتيادية للسكتة ووجد فى فتح الجثة انصباب دموى موضوع فى سمك النصف الكرى الايسر وعلى الاجزاء الجانبية للاجسام المضلعة ولم يكن هنالك كيس واضح وانما كان فى جوهر المخ قليل لين فى المحل المحيط بالانصباب الذى كانت سعته فى الطول قيراطا ونصفا وفى العرض نصف قيراط

قال اولفيير وهنا امر واقعى شاهده برار الصغير ويدل على ان النزيف المخى قد يحصل مدة الحياة داخل الرحم بحيث يلزم ان تعد السكتة من الآفات التى قد تميت الجنين قبل الولادة وتسبب الولادة قبل تمام الاشهر وكان عمر الجنين الذى شاهد فيه برار هذا التغير المهم ثمانية اشهر ونصفا وحجم خلطة الدم قدر الجوزة وكانت ثاوية فى الجوهر المخى وقد وجدت مرة فى احدى

البطينات الجانبية لمخ جنين عمره ستة اشهر خلطة دموية طويلة ذات قوام ولم يوجد على سطح الرمة آثار اعمال شاقة ولا ندرى شيأ من احوال هذا الاسقاط لهذا الطفل

بقى علينا ان ننبهك على امر وهو انه يعسر ان تشاهد فى الاطفال الصغار النتائج المخالفة لسكتة النصف الكرى الايمن او الايسر اى ظهور الاعراض فى الجانب المخالف لجانب مجلس السكتة كما يشاهد ذلك فى الكبار لما ذكرنا فى نمو المخ من ان هذا العضو عند الولادة يكاد ان يكون مجرد رسم فلا يكون متمتعا بالشكل الآلى ولا بالخواص الحيوية التى لا تكتسب الا بتقدم السن

المبحث الثانى

فى اللين الغير الالتهابى فى المخ

هنالك آفة خاصة بمخ المولودين وتكون نتيجة واضحة لاحتقانات هذا العضو وتلك الآفة هى اللين المحدود او العام الذى لا يوجد فيه صفات التهابية وانما توجد فيه العلامات الدالة على الفساد وتحليل التركيب بل ربما قيل على تعفن العضو قال المؤلف وها هو مثال من ذلك * طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى فى الثامن عشر من شهر ميه وكان مصابا بتيبس عام فى المنسوج الخلوى وكان جلده احمر بنفسجيا فى جميع الجسم وصياحه اختناقيا شاقا واحيانا حادا جدا وصدره خفى الرنانية وماعدا ذلك كان مصابا باسهال مادة خضراء كثيرة وكانت ضربات القلب سريعة الا انها صغيرة ولم تتغير حالته فى الايام التالية ومات فى الحادى والعشرين من ميه ولما فتحت جثته وجد الجهاز الهضمى شديد الاحتقان فى جميع سعته والكبد محتقنة بدم اسود سائل ومنسوجها متينا ولونها اسمر مزرقا والرئتان مسترخيتين مسودتين قليلتى التمدد بالهواء ومحقونتين بالدم فى حافتهما الخلفية والفوهات الجنينية باقية ايضا واغشية المخ شديدة الاحتقان والجوهر المخى محمرا وعلى هيئة مرقة ندفية تسيل من جميع الجهات اذا شقت العنكبوتية وتنتشر منها رائحة الادروجين المكبرن الواضح وامتد هذا اللين الى البطينات الجانبية حيث

توجد كمية عظيمة من دم منصب وباقى المخ لين ايضا ولونه بنفسجى غيرانه متين القوام لايسيل وليس لينه كلين الجزء العلوى من النصفين الكرويين الى البطينات فمن الواضح هنا ان هذا الفساد العام لنخاع المخ كان نتيجة ملامسته وغمره فى الدم المنصب فى البطينات والمرتشح فى جوهره الخاص ولما رأينا لونه الذى هو فى الجوهر الخاص بالمخ كدردى النبيذ ورائحته الادروجينية الكبريتية علمنا انه كان نتيجة خلط الدم بجوهر المخ لانه يوجد غالبا مع ذلك نزيف مخى لكن هذا النزيف اذا كان جديدا جاز ان يوجد وحده بدون ان يلين جوهر المخ وانما يشاهد اما على الجزء العلوى للنصفين الكرويين اوخارج الاجسام المضلعة نقط من المخ ابتدأ فيها اللين وتنتشر منها رائحة مخصوصة بهذا الفساد واظن من جهة اخرى ان اللين المخى قد يسبقه النزيف وربما حصل هذا منه وقد وجدته مرات كثيرة بدون ان يكون معه انصباب دموى وقد لا يوجد هذا اللين الا فى فص واحد وقد يوجد فى الفصين معا وكثيرا ما نفسد منه جميع الكتلة المخية بحيث اذا فتحت الجمجمة لا يوجد فيها الا شبه مرقة ندفية مسودة مخلوطة بخلط دموية كثيرة وندف لبية وهنالك امر عظيم الاهتمام وهو ان اغشية المخ تبقى دائما سليمة من هذا الفساد وان الاطفال مع وجود مثل هذا الفساد يعيشون بعض ايام لكن حياة ضعيفة غيرانهم يتنفسون ويصيحون جيدا وربما رضعوا وذلك ناشئ من كون الفساد فى الغالب وقف قرب النخاع المستطيل فبقى ذلك النخاع سليما متسلطنا مع النخاع الشوكى على ظاهرات الحياة فيحفظها زمنا ما وكثيرا ما وجدت هذا اللين فى المولودين الذين ماتوا عقب الولادة حالا وذلك حملنى على ظن انه حصل فى مدة اقامة الجنين فى الرحم فاذا الان النخاع المستطيل والنخاع الشوكى ايضا كانت القوة الحيوية مع الطفل ضعيفة فتكون اطرافه فى حالة استرخاء تام ووقوف عن الحركة ويعدم صياحه بالكلية ويعسر الاستشعار بضربات القلب وتكون اطرافه باردة والازدراد يكاد ان لا يوجد ولم يلبث الطفل قليلا حتى يموت فى حالة ضعفية واذا فتحت جثته وجد الفساد عاما لجميع المركز العصبى وبه توضح

الاعراض وموت الطفل وهذا اللين يكون اكثر حصولا فى جوانب النصفين الكريين وقرب الاجسام المضلعة منه فى بقية اجزاء المخ واعراضه تكون اثقل كلما كان اكثر سعة واقرب للنخاع المستطيل فانذاره مغم جدا لان الظاهر ان الموت نتيجة له لازمة الحصول وبالجملة هو آفة من نتايج الاحتقان اذا علم باعراضه كانت الصناعة عاجزة عن مقاومته فالاولى تركه للطبيعة ومعالجة الاعراض فقط

المبحث الثالث

فى التهاب الجهاز المخى الشوكى

من الشائع يقينا كون المخ يبقى فى الطفل من الاعضاء التى تتكون اخيرا لانه لو كان ممتعا زمن الولادة بجميع الخواص العضوية التى نشاهدها فى الجهاز الهضمى والتنفسى لكان معرضا مثلها لالتهابات كثيرة ولكن حالته اللبية اى الغير الآلية جعلته محفوظا من تلك الالتهابات التى قد تظهر عقب الاحتقانات التى يكون هو مجلسا لها دائما وقت الولادة ولذلك يصح ان نجزم بان الالتهاب الحقيقى الواضح الصفات فى اللب المخى نادر فى المولودين واكثر منه التهاب الاغشية ولكن هذا المبحث مشتملا على خمسة مطالب

المطلب الاول

فى التهاب اغشية النخاع

التهابات الاغشية النخاعية اكثر حصولا من التهابات النخاع نفسه ويحصل منها تشنجات فى الاطراف واحيانا فى الوجه خصوصا اذا امتد الالتهاب نحو قاعدة الجمجمة قال بليار وجدت فى عشرين مرة من ثلاثين حالة من احوال تشنجات المولودين التهابا واضح الصفات لاغشية النخاع وستة من هؤلاء العشرين اجتمع فيهم التهاب اغشية المخ والنخاع معا بحيث يقرب للعقل ان تشنجات الاطفال المولودين تكون غالبا نتيجة تهيج او التهاب فى الاغشية الفقرية والمشاهدة الآتية يؤخذ منها كيفية ظهور اعراض التهاب الاغشية وسيرها

شيأ فشيأ من تأثير الاستفراغات الثقلية والافصاد الموضعية وجلد الورم يسمك فيفعل فيه حينئذ ضغط يزاد فيه تدريجا فيهبط الورم شيأ فشيأ وينتهى بالزوال بالكلية ويبقى محله انخفاضا وفى الطفل الذى عمل له العملية روزتى ضغط على الورم بعد الغرز المتكرر وكان مجلس ذلك الورم فى القسم القطنى فنيل بذلك انضمام وتصلب بحيث ان السلسلة فيما بعد اكتسبت فى هذا القسم قواما نصف غضروفى وزال شلل النصف السفلى مما تحت الحجاب الحاجز بالكلية وهاتان الحادثتان عظيمتا الاهتمام لانهما يثبتان خلاف رأى كوبر من ان هذا الشلل الذى يمكن اعتباره مانعا للعملية لكونه قد يخاف فيها من اصابة النخاع الفقرى اصابة عميقة لم يمنع حصول الشفاء التام فهذا التضاعف لاستسقاء السلسلة لا يمنع فعل العملية ونزيد على ذلك انه يلزم دائما استعمال الضغط على الورم بعد كل بزل لان هاتان الواسطتان يتعاونان ايضا حينئذ على الشفاء فكل منهما يقوى الآخر

وكما ان هذه الامثلة تفيد نجاح الوخزات المتكررة فى الاستسقاء الفقرى كذلك هنالك امثلة كثيرة احدثت فيها هذه العملية عوارض مهلكة لكن لا ينبغى ان تجعل من ذلك الحالة التى ذكرها اسكنير حيث فعل فيها الوخز سبعين مرة لانه لم يقتصر على الوخز فقط بل كان بعد الوخز يترك فى الورم انبوبة صغيرة ليستفرغ بها السائل زمنا فزمنا بدون ان يفعل وخز جديد وكان عمر الطفل سبعة عشر شهرا ومات بعد خمسة اشهر او ستة من العلاج قال اولفيير وعلى رأيى لا ينبغى ان تترك الانبوبة على الدوام فى الورم لان وجودها كوجود الخزام لا يعين الا على ظهور التهاب شديد فيسبب التهاب الاغشية النخاعية الذى هو فى الغالب قتال

ومن المعلوم ان الشفاء التام بالوخز يكون اقبل للنجاح كلما كان الورم اصغر والقناة الفقرية اضيق وما عدا ذلك اذا كان الورم كبير الحجم جاز ان يجرح النخاع الشوكى او الاعصاب الفقرية الملتصقة غالبا بجدرانه وربما منعت العوارض الناتجة من ذلك نجاح العملية التى هى غير اكيدة ايضا اذا كان

انفصال الفقرات عظيم السعة

المبحث الخامس

فى الكسر الخلقى للسلسلة والجمجمة وعيوب التكون فيهما اجمالا

بقى علينا من الامراض الخلقية فى الجهاز المخى الفقرى كسور العمود الفقرى وعظام الجمجمة وعيوب التكون فيهما وقد ذكرنا سابقا عدم انضمام النتوات الشوكية للفقرات فلم يبق علينا الا كلمات فى تقوس السلسلة الذى هو نادر فى المولودين والغالب ظهوره بعد الولادة ومع ذلك اذا بحث مع الانتباه فى العمود الفقرى للمولودين وجد فى بعضهم هيئة مخصوصة يمكن ان تكون من الاسباب المهيئة لذلك وتلك الهيئة تقوم من انتقال فقرة او اكثر من فقرات الظهر عن محلها من الخلف فبدل ان تكون على خط موازلبقية الفقرات تخرج عن التوازى فيوجد فى محاذاتها انخساف خفيف قال بليار وماشاهدت ذلك الا فى طفلين مولودين وربما كانت هذه الهيئة ابتداء تقوس وسنوضح تلك التقوسات المعيبة فى آفات السلسلة

وكثيرا مايوجد فى عظام جمجمة المولود عيوب فى التكون او تفرق اتصال فالعيوب نتايج وقوف النمو ومن ذلك امثلة غير طبيعية عظيمة الاهتمام فى تعظم عظام الجمجمة شاهدها بليار فى ثلاثة اطفال فالالياف العظمية بدل ان تذهب من مركز العظم الى دائرته كانت متقطعة وعلى هيئة كتل صغيرة منعزلة موضوع بينها جوهر غضروفى الشكل فاذا لمست تلك العظام من فوق الجلد ظن انها مهروسة اومكسورة ووجد مرة فى مولود انخسافا عظيما فى الجزء المقدم السفلى فى الجدارى الايمن يظهر انه ناتج من سبب ضاغط ميخانيكى وضع على الجمجمة مدة تعظم اجزائها

ثم ان عظام الجمجمة قد يوجد فى محال منها كسور اذا كابد الرأس تعسرات عظيمة فى الخروج من مضيق الحوض او اضطر لاجل تتميم الولادة لوضع الجفت وقد اظهر شوسيير ودوجيس امثلة من ذلك من زمن طويل والغالب ان تكون تلك الكسور مصحوبة باحتقان مخى اوسكتة وذلك النضاعف

يستدعي انتباه الاطباء اكثر من الكسور نفسها

المبحث السادس

فى الفتق المخى

تسمى بذلك اورام تتكون حول الجمجمة ناشئة من خروج جزء من المخ من محله وهى نوعان الاول يشاهد فى الصغار اذ لم يكمل تعظم الدروز فيهم والثانى يظهر بعد فساد جزء من الجمجمة بسبب جرح مع فقد جوهر او من عملية ثقب الجمجمة او تسوسها او نحو ذلك وهذا النوع لا يخصنا هنا وانما الذى يخصنا هو الاول الخلقى فتارة يكون الورم مخاطا بجلد الجمجمة المتمدد الرقيق وتارة لا يوجد هذا الجلد بل ولا الام الجافية وذلك الداء ينشأ من عدم تعظم عظام الجمجمة وسيما فى محاذاة الدروز واليوافيخ فتترك العظام فيما بينها اخلية واسعة اما لعدم نموها نموا كافيا بالنسبة لحجم المخ المشوه كما يشاهد ذلك فى ادروسيفاليا واما لكونها كابدت وقوفا حقيقيا للنمو فينتج من ذلك تباعد اليوافيخ جدا فيبرز منها الورم مستديرا او بيضاويا رخوا بدون ان يتغير لون الجلد ويكون قليل الالم او عديمه وفيه ضربات موافقة لضربات النبض واذا كان الطفل ساكنا كانت خفية وتظهر للعين وباللمس من ادنى حركة وبالضغط ينقص حجمه بل قد يزول بالكلية ويزيد حجمه بالصياح والسعال والتثاوب ومدة الحركات القوية لاخراج النفس واذا كبس بالاصابع حول قاعدته استشعر بحوافى قحمة الجمجمة التى خرج منها المخ والغالب ان لا تتغير القوى العقلية لكن اذا ضغط على الورم انقطعت ممارسة هذه القوى وحدث من ذلك سبات وشلل وقئ وبقية الاعراض التى تحدث من انضغاط المخ واتفق انه احضر لديوان الاطباء بباريس سنة ١٧٧٤ عيسوية شخص مصاب بفتق المخ من الجبهة فكان عمره ثلاثا وثلاثين سنة ولم يحصل له فى عمره ادنى انخرام فى وظائفه العقلية وهذا الداء ثقيل جدا ويوجد غالبا بل دائما مع الاستسقاء المخى الذى تقدمه لم يلبث قليلا حتى يسبب موت الطفل وتعرف طبيعته بالصفات التى ذكرناها وخصوصا بوضعه لانه يشغل دائما محلا محاذيا لاحد اليوافيخ وسيما اليافوخ

المقدم العلوى وشاهد الطبيب آدم من هذا الداء خمسة امثلة ونال شفاء حالتين منها بمعالجة شبيهة بمعالجة كوبر للاستسقاء السلسلى

العلاج * اذا كان الفتق المخى الخلقى مغطى بجلد الجمجمة لزم استعمال الضغط اللطيف عليه دائما وقد اعرض الطبيب سانوف لديوان الاطباء الجراحين مشاهدة يستدل منها على جودة هذه المعالجة وذلك ان هذا الجراح استشير فى فتق خلقى فى حجم بيضة دجاجة وكان موضوعا نحو الزاوية الخلفية السفلى للعظم الجدارى فوضع على الورم صفيحة من رصاص ملتفة بخرقة ومثقوبة من حوافيها لتشبك فى قلنسوة الطفل ولما اعرض الورم للضغط المستدام التدريجى بهذه الصفيحة اخذ حجمه فى النقص شيأ فشيأ حتى زال بالكلية وتم تعظم الدرز اللامى بدون عائق وشاهد الطبيب كالزان شدة فاعلية هذا العلاج فى احوال كان حجم الفتق فيها قليل العظم فاذا كان الحجم كبيرا كان الضغط غير نافع بل ربما حصل منه اخطار ثقيلة فيلزم اذن الاكتفاء بحفظ الورم اى استعمال بعض اجهزة تحفظه من الاجسام الغريبة الخارجة واحتكاك الملابس

والطبيب آدم لم يتيسر له ان يستعمل فى احد من مرضاه الضغط باى كيفية كان بخلاف البزل للاستسقاء فانه نال منه نتائج نافعة فى الغالب فهو مختار عنده فى معظم الاحوال ولم ينجح معه امتزاج الضغط بالبزل فى حالة اجتهد فيها فى عمل ضغط منتظم لطيف جدا بعد استفراغ السائل ببزل الكيس فحدث للطفل تشنجات عندما وضع الرباط وذكر آدم ايضا مثالا من هذا الفتق الخلقى استفرغ منه بالبزل الضيق مقدار عظيم من المصل فخرج الطفل حالا من حالة العته والخدر الذى كان فيه غير ان السائل لم يلبث قليلا حتى تولد ثانيا وعرض الموت فى اليوم التاسع

واتفق ان طفلا عمره ست سنين كان معه من وقت ولادته ورم فى حجم بيضة دجاجة موضوع بالعرض تحت الحدبة القمحدوية واما بقية الرأس فكانت فى غاية الانتظام وكانت اليوافيخ منسدة من مدة طويلة وكان هذا الورم

مائلا الى الاسفل والخلف نحو العنق وفيه ضربات موافقة لضربات القلب
ويزيد حجمه من تاثير السعال والعطاس واذا ضغط عليه وجد رخوا كانه كتلة
من صوف ولم يحصل له من هذا البحث الم والورم من وقت ولادة الطفل لم يزد
حجمه الا ان الجلد اخذ فى زيادة الشفافية ببطئ وصار رقيقا فى بعض المحال
بحيث يظهر انه يلزم ان يتمزق ويخرج منه السائل الذى يميز من تحته فلاجل
الحذر من هذا التمزق الذى يحصل من ذاته فعل الطبيب آدم بزلا بابرة دقيقة
جدا فسال من الفتحة نحو نصف اوقية من السائل وصار الكيس مسترخيا
وعرف فى تجويفه ورم فى حجم بندقة مكون حسبما يقرب للعقل من جزء
من الفصوص الخلفية للمخ فتحمل الطفل هذه العملية الصغيرة بدون ان
يعرض له عارض حينئذ غيران الورم فى اليوم الثانى رجع له حجمه الاول
فاعيد له البزل بعد بعض ايام ونتج منه ما نتج من البزل الاول وبالجملة كرر ذلك البزل
سبع مرات فكانت نتيجته كما ذكر وابدلت فى مرة منها الابرة الدقيقة بمبضع
وحصل عقب هذا الشق قليل حمى
فمن تأثير هذا العلاج البسيط رجع الجلد على نفسه ببطئ واكتسب حجمه
الاعتيادى وامكنه ان يقاوم زمنا طويلا التمدد المسبب عن تراكم السائل
ومرات البزل لما اخذت فى التباعد عن بعضها شيأ فشيأ اخذ السائل فى القلة
ومع ذلك لم يحصل من زواله نقص فى حجم الورم الصلب المتكون حسبما يقرب
للعقل من الفتق المخى مع ان الطفل كان متمتعا بصحة جيدة
قال بليار وهناك نوع من الفتق المخى اندر من السابق ولم اعثر عليه الا مرة
واحدة ولا اعلم للمؤلفين مثالا غيره وها هو قصة هذا المثال المحتوى على عيب
فى تكون الجمجمة وفتق فى المخ وهى طفل انثى عمره يوم واحد دخل بيت المرضى
فى الثانى والعشرين من شهر وكانت قوته متوسطة وجلده احمر جدا ولم يكن
معه شئ من الاعراض الا اسهال فيه بعض كثرة وكان صياحه قويا وتنفسه
خالصا ومعه فى الجزء الجانبى الايسر من الوجه امام الاذن ورم قطره نصف
قيراط وهو تام الاستدارة وبارز من الاسفل اكثر من الاعلى حيث يختلط

بجلد الجمجمة اما من الاسفل فله حافة بارزة محدودة وكان الجلد المغطى له سليما ومحمرا كبقية الوجه وكان ذلك الورم مؤلما وفيه بعض استرخاء عند اللمس وكانت الجبهة منضغطة جدا من الاعلى الى الاسفل وفيها بروز عظيم من الامام والاجفان هابطة فى الحجاج ومن زيادة قربهما لبعضهما لم تتأت مشاهدة المقلة ويوجد على الجانب الايسر من الجمجمة اثر التحام مستطيل محمر وحوافيه بارزة قليلا ويظهر انه انما تبيس من زمن قريب وبقى هذا الطفل ببيت المرضى الى اليوم العشرين من الشهر التالى حيث مات اذ ذاك ولما فتحت جثته وجد التهاب شديد فى القناة الهضمية ووجد الجهاز التنفسى سليما والنصف الكرى الايسر من المخ اقل حجما من الايمن بالثلث ولم يكن الجيب المستطيل العلوى ولا شرشرة المخ موضوعين على الخط المتوسط للجمجمة وانما كانا متجهين بانحراف من الجزء المتوسط من الجبهة الى الجزء الجانبي الايسر من الحفرة القمحدوية ووجد جزء النصف الكرى الايسر الساكن عادة فى الحفرة الجانبية المتوسطة من قاعدة الجمجمة منقذفا الى الخارج فى شبه كيس مكون من العنكبوتية والام الجافية والجلد فكان الورم الذى ذكرناه مكونا فى ذلك الجزء المخى وخرج من تجويف الجمجمة من فتحة واسعة ناتجة من الفقد التام للجزء القشرى الذى للعظم الصدغى ولم يقسم ذلك الجزء الامن ثنية نهايتها خطان وانحنت الى الخارج لجدار قوقعة وكانت زاوية العظم الجدارى موجودة ومكونة للجزء العلوى من الفوهة وكانت اغشية المخ لجوهره محتقنة بالدم فمن الواضح ان هذا الفتق كان نتيجة الضغط الذى حصل للجمجمة والمخ يقينا مدة الحياة داخل الرحم واما عدم نمو الجزء القشرى من العظم الصدغى فيقرب للعقل انه تسبب من الضغط الحاصل عليه من الجزء المحاذى له من المخ انتهى

واذا تعوق التعظم لعظام الجمجمة جاز ان ينفتق المخيخ ايضا وهذا الداء سموه سابقا برنسيفالوسيل اى فتق المخيخ وهو اندر من فتق المخ الحقيقى وقد شوهد منه بباريس مثالان سنة ١٨١٣ احدهما شاهده لاملند وكان موضوعا على القمحدوة فظنه سلعة وابتدأ فى استئصاله ثم اوقف نفسه لما رأى

مائلا الى الاسفل والخلف نحو العنق وفيه ضربات موافقة لضربات القلب ويزيد حجمه من تاثير السعال والعطاس واذا ضغط عليه وجد رخوا كانه كتلة من صوف ولم يحصل له من هذا البحث الم والورم من وقت ولادة الطفل لم يزد حجمه الان الجلد اخذ فى زيادة الشفافية ببطئ وصار رقيقا فى بعض المحال بحيث يظهر انه يلزم ان يتمزق ويخرج منه السائل الذى يميز من تحته فلاجل الحذر من هذا التمزق الذى يحصل من ذاته فعل الطبيب آدم بزلا بابرة دقيقة جدا فسال من الفتحة نحو نصف اوقية من السائل وصار الكيس مسترخيا وعرف فى تجويفه ورم فى حجم بندقة مكون حسبما يقرب للعقل من جزء من الفصوص الخلفية للمخ فتحمل الطفل هذه العملية الصغيرة بدون ان يعرض له عارض حينئذ غير ان الورم فى اليوم الثانى رجع له حجمه الاول فاعيد له البزل بعد بعض ايام ونتج منه مانتج من البزل الاول وبالجملة كرر ذلك البزل سبع مرات فكانت نتيجته كما ذكر وابدلت فى مرة منها الابرة الدقيقة بمبضع وحصل عقب هذا الشق قليل حمى

فمن تأثير هذا العلاج البسيط رجع الجلد على نفسه ببطئ واكتسب حجمه الاعتيادى وامكنه ان يقاوم زمنا طويلا التمدد المسبب عن تراكم السائل ومرات البزل لما اخذت فى التباعد عن بعضها شيأ فشيأ أخذ السائل فى القلة ومع ذلك لم يحصل من زواله نقص فى حجم الورم الصلب المتكون حسبما يقرب للعقل من الفتق المخى مع ان الطفل كان متمتعا بصحة جيدة

قال بليار وهنالك نوع من الفتق المخى اندر من السابق ولم اعثر عليه الا مرة واحدة ولا اعلم للمؤلفين مثالا غيره وها هو قصة هذا المثال المحتوى على عيب فى تكون الجمجمة وفتق فى المخ وهى طفل انثى عمره يوم واحد دخل بيت المرضى فى الثانى والعشرين من شهر وكانت قوته متوسطة وجلده احمر جدا ولم يكن معه شئ من الاعراض الا اسهال فيه بعض كثرة وكان صياحه قويا وتنفسه خالصا ومعه فى الجزء الجانبى الايسر من الوجه امام الاذن ورم قطره نصف قيراط وهو تام الاستدارة وبارز من الاسفل اكثر من الاعلى حيث يختلط

بجلد الجمجمة اما من الاسفل فله حافة بارزة محدودة وكان الجلد المغطى له سليما ومحمرا كبقية الوجه وكان ذلك الورم مؤلما وفيه بعض استرخاء عند اللمس وكانت الجبهة منضغطة جدا من الاعلى الى الاسفل وفيها بروز عظيم من الامام والاجفان هابطة فى الحجاج ومن زيادة قربهما لبعضهما لم تتأت مشاهدة المقلة ويوجد على الجانب الايسر من الجمجمة اثر التحام مستطيل محمر وحوافيه بارزة قليلا ويظهر انه انما تيبس من زمن قريب وبقى هذا الطفل ببيت المرضى الى اليوم العشرين من الشهر التالى حيث مات اذ ذاك ولما فتحت جثته وجد التهاب شديد فى القناة الهضمية ووجد الجهاز التنفسى سليما والنصف الكرى الايسر من المخ اقل حجما من الايمن بالثلث ولم يكن الجيب المستطيل العلوى ولا شرشرة المخ موضوعين على الخط المتوسط للجمجمة وانما كانا متجهين بانحراف من الجزء المتوسط من الجبهة الى الجزء الجانبى الايسر من الحفرة القمحدوية ووجد جزء النصف الكرى الايسر الساكن عادة فى الحفرة الجانبية المتوسطة من قاعدة الجمجمة منقذفا الى الخارج فى شبه كيس مكون من العنكبوتية والام الجافية والجلد فكان الورم الذى ذكرناه مكونا فى ذلك الجزء المخى وخرج من تجويف الجمجمة من فتحة واسعة ناتجة من الفقد التام للجزء القشرى الذى للعظم الصدغى ولم يقم ذلك الجزء الامن ثنية نهايتها خطان وانحنت الى الخارج كجدار فوقعة وكانت زاوية العظم الجدارى موجودة ومكونة للجزء العلوى من الفوهة وكانت اغشية المخ كجوهره محتقنة بالدم فمن الواضح ان هذا الفتق كان نتيجة الضغط الذى حصل للجمجمة والمخ يقينا مدة الحياة داخل الرحم واما عدم نمو الجزء القشرى من العظم الصدغى فيقرب للعقل انه تسبب من الضغط الحاصل عليه من الجزء المحاذى له من المخ انتهى

واذا تعوق التعظم لعظام الجمجمة جاز ان ينفتق المخيخ ايضا وهذا الداء سموه سابقا برنسيفالوسيل اى فتق المخيخ وهو اندر من فتق المخ الحقيقى وقد شوهد منه بباريس مثالان سنة ١٨١٣ احدهما شاهده لاملند وكان موضوعا على القمحدوة فظنه سلعة وابتدأ فى استئصاله ثم اوقف نفسه لما رأى

اللون الابيض اللامع للام الجافية ولاسيما عندما شاهد ان الورم خارج من فتحة فى عظم القمحدوة ولم تلبث البنت الصغيرة التى عمل لهاذلك حتى ماتت بعد بعض ايام ولما فتحت جثتها عرف ان الفتق محاط بالام الجافية واندفع نافذا من فتحة فى العظم القمحدوى وانه يحتوى على جزء مستطيل من فصى المخيخ وثانيهما مثال شاهده بافوس بعد الاول بيسير وامتنع هذا الجراح من فعل العملية خوفا من ان يحصل له كما حصل للطبيب لالمند فمات الطفل ولما فتحت جثته وجدت حالة الاعضاء كما فى مثال لالمند وذلك احوج الجراحين لان يحثوا مع غاية الانتباه فى الاورام التى يجدونها فى القسم القمحدوى لما فيها من اخطار الاستئصال والفتح اذا كانت مكونة من المخيخ

فاذا كانت الفتوق المخية كبيرة الحجم وخالية من جلد الجمجمة فى كلها او جزئها وكان عدم تعظم هذا التجويف عظيما لم يكن للوسائط العلاجية دخل فى الشفاء فتولد الاطفال الذين معهم ذلك امواتا او يموتون بعد الولادة بيسير لان فى هذه الاحوال يكون جزء عظيم من المخ محويا فى كيس واسع مكون من اغشيته المستطيلة وكثيرا ما يتلف جزء منه فيعدم الجلد او يكون خاليا من الشعر رقيقا جدا فيتكون منه غشاء محمر نصف شفاف رخو يسهل تمزيقه ويوجد فى الجمجمة فتحة مختلفة السعة وهى التى خرج منها الورم وتكون غالبا موضوعة فى محاذاة الدروز واليوافيخ ويندر كونها فى عظمة من العظام المسطحة من الجمجمة وتكون تلك الجمجمة فى الغالب ضيقة ومشوهة الشكل وقدم عن قريب لديوان الجراحين طفل مولود مصاب بفتق مخى فى حجم قسطلة غليظة وكان الورم موضوعا اعلى جذر الانف ويظهر انه خرج من تباعد قطعتى الجبهة عن بعضهما قال بريشيه قد شرحت بتشديد الراء ورما فى حجم قبضة كف وله عنق وكان خارجا من اليافوخ الخلفى وزالت منه بالكلية تعاريج الجزء الخارج من المخ حتى تكون منه جدران تجويف عظيم مملوء بالمصل الشفاف وله اتصال بالبطن الايسر بواسطة قناة ضيقة وحصل من الطفل الذى معه ذلك بعض حركات ضعيفة عند الولادة ومات عقبها

الفصل الثالث

فى امراض الجهاز المخى الشوكى الحاصلة بعد الولادة

وفيه ثلاثة مباحث

المبحث الاول

فى الاحتقانات فى هذا الجهاز وسكتة المولودين

الاحتقانات الضعفية فى الجهاز المخى الشوكى كثيرة الحصول فى المولودين وتنشأ فيهم من كثرة الاوعية وبطء الدورة وتأثير التنفس على الدورة السلسلية والمخية والذى يوضح لنا كثرة الاحتقان فى هذا الجهاز وطول الولادة والجذبات اللازم فعلها فى الاعمال والتعسر الذى يكابده التنفس فيهم والتغير الفجائى الذى يعرض فى دورة الطفل ويختلف ذلك الاحتقان من ادنى ما يكون فى الاغشية الى السكتة الحقيقية

وقد سمى المؤلفون بسكتة المولودين عموما جملة درجات من هذا الاحتقان المخى بل الغالب ان الاطفال الذين يموتون فى حالة سكتية لا يوجد فى جثتهم الانصباب الدموى ولا النزيف المخى المحدود الذى يقوم منه الداء المسمى بذلك ايضا فى الكبار البالغين وذلك الاحتقان فى الاغشية او النخاع او المخ كثير الحصول للمولودين بحيث يظهر ان جعله حالة طبيعية اصوب من جعله حالة مرضية لانه يوجد فى كثير من رممهم ويكثر فيهم ايضا الاحتقان الوعائى بل وانصباب الدم فى الطرف السفلى الخلفى للسلسلة قال بليار وقد شاهدت ذلك مع كونه لم يحصل منه مدة الحياة اعراض مهمة فاذا امتد الاحتقان فيهم لم يلبث قليلا حتى يحصل منه تخيير دموى على سطح اغشية الدماغ وتجمد غالبا من الدم الحاصل من ذلك كمية كثيرة او قليلة فتضغط على المخ او النخاع الشوكى ويحصل من ذلك سبات وهبوط هى صفات السكتة وذلك النزيف الخارج عن الكتلة المخية هو ما يحصل غالبا للاطفال الذين يقال فيهم انهم ماتوا بالسكتة وسماه الطبيب سير بالسكتة السحائية نسبة لاغشية المخ ونسبها لتمزق بعض فروع وعائية من الفروع التى تزحف على سطح المخ

قال اولفيير اعتبر كروفلير على حسب مشاهداته ان هذه السكتة هى السبب لموت مايزيد عن ثلث الاطفال الذين يموتون قبل الطلق بيسير او فى مدة الولادة وشاهد اثرها فى معظم الاحوال التى تنسب فى العادة للاسفكسيا او لضعف المولودين وصفتها التشريحية اللازمة هى انصباب دم سائل فى تجويف العنكبوتية يكون فى الغالب محدودا فيما حول المخيخ وكثيرا ما يكون مع ذلك محيطا بالفصوص الخلفية للمخ وقد يغطى المخ والمخيخ بطبقة من دم يعسر كشف ينبوعه فى تمزقات الاوردة السطحية ويندر ان يشغل تجويف البطينات ولم يشاهد كروفلير هذا الانصباب فى نفس جوهر المخ او المخيخ وفى جميع الاحوال تكون الام الجافية القفرية متمددة بدم سائل محوى فى تجويف العنكبوتية والمنسوج الخلوى الذى تحتها وكثيرا ما تصحب هذه الانصبابات بورات دموية تحت جلد الجمجمة تختلف عن الارتشاح المصلى الدموى الناتج من عمل الولادة وكثيرا ما توجد اكدام وبورات صغيرة دموية بين السمحاق وعظام الجمجمة (سيفاليماتوم) وليس جميع الاطفال المصابين بالسكتة يولدون امواتا لان كثيرا منهم يتنفسون تنفسا كاملا او غير كامل اما بانفسهم او من الاحتراسات التى تفعل لهم زمنا طويلا وبعضهم يعيش يوما واحدا او جملة ايام فى حالة ضعف وخدر وعدم حركة وبرد عظيم منسوب ذلك لضعف ولادى ويقرب للعقل ان منهم من يعيش ويمتص الدم المنصب معه تدريجا

وقد يصحب هذه السكتة اكدام فى الرئة وفى الغدة تيموس تنشأ يقينا من السبب الذى احدث السكتة نفسها وتحتقن الكبد والطحال بالدم ويكون الغشاء المخاطى المعدى المعوى شديد الاحتقان ويعسر غالبا تعيين سبب هذه السكتة وقد شوهدت عقب الولادة السريعة وبعد الولادة التى كان الطلق فيها طويلا شاقا وقد يظهر انها حاصلة من خنق العنق بالحبل ومن انضغاط الحبل نفسه وظن كروفلير انها تنشأ دائما من سبب ميخانيكى انتهى وسطح الجسم يظهر كانه منتفخ ولونه بنفسجى او ازرق مسود وذلك يكون اكثر وضوحا فى الاجزاء

العليا

العليا من الجسم وسيما الوجه ويكون اوضح فى الذين التف حبيلهم السرى على
عنقهم فان هؤلاء يحصل فيهم ايضا زيادة عن ذلك رجوع الدم فى الاوردة
الوداجية ومنعه عن الدوران بسبب التفاف الحبيل على العنق وتكون
العضلات عديمة الحركة والاطراف باقية على انثنائها والجسم حافظا لحرارته
وتكون ضربات الحبيل والنبض والقلب فى الغالب خفية بل غير محسوسة
ولما كان يوجد فى الرمة احتقان اوعية المخ او انصباب الدم على الاغشية
اوفى جوهر المخ مع احتقان الرئتين سهل معرفة توضيح هذه الحالة فلاجل
ازالتها يلزم اما ارجاع الاطلاق للدورة فى المشيمة وذلك لا يمكن واما تحصيل
التنفس فيسهل نفوذ الدم فى الرئتين غير ان انضغاط المخ بسبب شلل العضلات
وسيما عضلات التنفس فاذا لم يكن هناك الامجرد احتقان فى الاوعية كان
الخطر قليلا لكن يكون ذلك مهلكا اذا كان الانصباب فى جوهر المخ
ومن سوء البخت انه ليس هناك علامة تدل عليه حتى يؤسس عليها الانذار
وانما تراعى هؤلاء الاطفال مراعاة التداوى واول دلالة لذلك هى ازالة انضغاط
المخ واحتقان الرئتين وينال ذلك بقطع الحبيل السرى سريعا وتركه ليسيل منه
مقدار من الدم والغالب انه متى سال منه بعض ملاعق صغيرة عاد التنفس
اذا لم يكن هناك مانع يمنع نفوذ الهواء فى الرئتين كمادة مخاطية سادة للفم الخلفى
فان كانت ازيلت بلطف فيزول اللون الازرق تدريجا لكن بسرعة ويتبدل بلون
وردى اولا على الشفتين ثم الخدين ثم باقى الجسم وفى بعض الاحيان تضعف
الدورة بحيث لا ينصب الدم من الشرايين السرية فيمكن حينئذ ان يحرض
السيلان بغمس الطفل فى حمام فاتر وعصر الحبيل مرات كثيرة من محل
اندغامه الى محل قطعه وذكروا ايضا الضغط على البطن بلطف واظن ان ذلك
غير نافع بل لا يخلو عن خطر فاذا لم ينل سيلان الدم بتلك الوسائط مع ان ذلك
نادر لزم وضع علقة على قاعدة كل اذن فان ذلك ناجح وفى بعض الاحيان تتجدد
الحالة السكتية اوتظهر اول مرة بعد حصول التنفس بل ربما حدثت فى اليوم
التالى للولادة بدون سبب مشاهد وقد يكون سببها مانعا يمنع سير الدم فى الرئة

كما سبق التنبيه على ذلك فحينئذ يصيح الطفل صياحا شديدا طويلا وينتفخ الوجه ويكون لونه كما سبق وتتلون الايدى والارجل بلون الوجه فتلك الاعراض تحصل فى هذه السكتة التى يصح ان تسمى تابعية غيران التنفس يأخذ فى القلة والضعف ويضعف الصوت بل يزول واوصوا حينئذ بحل الرباط اوقطعه مع ان من النادر نزول الدم من الحبيل حينئذ لكن متى قطع من تحت الرباط سال منه الدم وقد ينال نفع كثير فى هذه الحالة من وضع العلق ويندر الاحتياج لاكثر من ثنتين فالفصد باى كيفية كان يكفى لارجاع التنفس وحياة الطفل ولكن كثيرا ما يحتاج لغيره من الوسائط ولينظر ذلك فى اسفكسيا الاطفال واحتقان النخاع الشوكى كثير الحصول للاطفال ايضا ويكون على شكل احمرار نقطى اوملى ويلون احيانا جوهر العضو بلون احمر واضح ويوجد بالاكثر على الاجزاء الجانبية للاجسام المضلعة والطبقات البصرية حيث توجد هنالك اوعية المخ بكثرة وتحصل فيها غالبا الانزفة والالتهابات المخية فى جميع ازمنة الحياة ويؤكد ذلك مشاهدات مرجانى والابحاث الجديدة من الطبيبين لالمند وبوليود ولا يخفى ان العلاج هنا نظير ما سبق

ويمكن لكن على سبيل الندرة ان يوجد نزيف مخى محدود قال بليار ولم اجد من ذلك الاحالة واحدة ومات الطفل فى اليوم الثالث بعد الولادة وكان معه الاعراض الاعتيادية للسكتة ووجد فى فتح الجثة انصباب دموى موضوع فى سمك النصف الكرى الايسر وعلى الاجزاء الجانبية للاجسام المضلعة ولم يكن هنالك كيس واضح وانما كان فى جوهر المخ قليل لين فى المحل المحيط بالانصباب الذى كانت سعته فى الطول قيراطا ونصفا وفى العرض نصف قيراط

قال اولفيير وهنا امر واقعى شاهده برار الصغير ويدل على ان النزيف المخى قد يحصل مدة الحياة داخل الرحم بحيث يلزم ان تعد السكتة من الآفات التى قد تميت الجنين قبل الولادة وتسبب الولادة قبل تمام الاشهر وكان عمر الجنين الذى شاهد فيه برار هذا التغير المهم ثمانية اشهر ونصفا وحجم خلطة الدم قدر الجوزة وكانت ثاوية فى الجوهر المخى وقد وجدت مرة فى احدى

البطينات الجانبية لمخ جنين عمره ستة اشهر خلطة دموية طويلة ذات قوام ولم يوجد على سطح الرمة آثار اعمال شاقة ولا ندرى شيأ من احوال هذا الاسقاط لهذا الطفل

بقى علينا ان ننبهك على امر وهوانه يعسران تشاهد فى الاطفال الصغار النتايج المخالفة لسكتة النصف الكرى الايمن اوالايسر اى ظهور الاعراض فى الجانب المخالف لجانب مجلس السكتة كما يشاهد ذلك فى الكبار لما ذكرنا فى نمو المخ من ان هذا العضو عند الولادة يكاد ان يكون مجرد رسم فلا يكون متمتعا بالشكل الآلى ولا بالخواص الحيوية التى لا تكتسب الا بتقدم السن

المبحث الثانى

فى اللين الغير الالتهابى فى المخ

هنالك آفة خاصة بمخ المولودين وتكون نتيجة واضحة لاحتقانات هذا العضو وتلك الآفة هى اللين المحدود اوالعام الذى لا يوجد فيه صفات التهابية وانما توجد فيه العلامات الدالة على الفساد وتحليل التركيب بل ربما قيل على تعفن العضو قال المؤلف وها هو مثال من ذلك * طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى فى الثامن عشر من شهر ميه وكان مصابا بتيبس عام فى المنسوج الخلوى وكان جلده احمر بنفسجيا فى جميع الجسم وصياحه اختناقيا شاقا واحيانا حادا جدا وصدره خفى الرنانية وما عدا ذلك كان مصابا باسهال مادة خضراء كثيرة وكانت ضربات القلب سريعة الا انها صغيرة ولم تتغير حالته فى الايام التالية ومات فى الحادى والعشرين من ميه ولما فتحت جثته وجد الجهاز الهضمى شديد الاحتقان فى جميع سعته والكبد محتقنة بدم اسود سائل ومنسوجها متينا ولونها احمر مزرقا والرئتان مسترخيتين مسودتين قليلتى التمدد بالهواء ومحقونتين بالدم فى حافتهما الخلفية والقوهات الجنينية باقية ايضا واغشية المخ شديدة الاحتقان والجوهر المخى محمرا وعلى هيئة مرقة ندفية تسيل من جميع الجهات اذا شقت العنكبوتية وتنتشر منها رائحة الادروجين المكبرت الواضح وامتد هذا اللين الى البطينات الجانبية حيث

توجد كمية عظيمة من دم منصب وباقى المخ لين ايضا ولونه بنفسجي غيرانه متين القوام لا يسيل وليس لينه كلين الجزء العلوى من النصفين الكرويين الى البطينات فمن الواضح هنا ان هذا الفساد العام لنخاع المخ كان نتيجة ملامسته وغمره فى الدم المنصب فى البطينات والمرتشح فى جوهره الخاص ولما رأينا لونه الذى هو فى الجوهر الخاص بالمخ كدردى النبيذ ورائحته الادروجينية الكبريتية علمنا انه كان نتيجة خلط الدم بجوهر المخ لانه يوجد غالبا مع ذلك نزيف مخى لكن هذا النزيف اذا كان جديدا جازان يوجد وحده بدون ان يلين جوهر المخ وانما يشاهد اما على الجزء العلوى للنصفين الكرويين اوخارج الاجسام المضلعة نقط من المخ ابتدأ فيها اللين وتنتشر منها رائحة مخصوصة بهذا الفساد واظن من جهة اخرى ان اللين المخى قد يسبقه النزيف وربما حصل هذا منه وقد وجدته مرات كثيرة بدون ان يكون معه انصباب دموى وقد لا يوجد هذا اللين الا فى فص واحد وقد يوجد فى الفصين معا وكثيرا ما تفسد منه جميع الكتلة المخية بحيث اذا فتحت الجمجمة لا يوجد فيها الا شبه مرقة ندفية مسودة مخلوطة بخلط دموية كثيرة وندف لبنية وهنالك امر عظيم الاهتمام وهو ان اغشية المخ تبقى دائما سليمة من هذا الفساد وان الاطفال مع وجود مثل هذا الفساد يعيشون بعض ايام لكن حياة ضعيفة غيرانهم يتنفسون ويصيحون جيدا وربما رضعوا وذلك ناشئ من كون الفساد فى الغالب وقف قرب النخاع المستطيل فبقى ذلك النخاع سليما متسلطنا مع النخاع الشوكى على ظاهرات الحياة فيحفظها زمنا ما وكثيرا ما وجدت هذا اللين فى المولودين الذين ماتوا عقب الولادة حالا وذلك حملنى على ظن انه حصل فى مدة اقامة الجنين فى الرحم فاذا الآن النخاع المستطيل والنخاع الشوكى ايضا كانت القوة الحيوية مع الطفل ضعيفة فتكون اطرافه فى حالة استرخاء تام ووقوف عن الحركة ويعدم صياحه بالكلية ويعسر الاستشعار بضربات القلب وتكون اطرافه باردة والازدراد يكاد ان لا يوجد ولم يلبث الطفل قليلا حتى يموت فى حالة ضعفية واذا فتحت جثته وجد الفساد عاما لجميع المركز العصبى وبه توضح

الاعراض وموت الطفل وهذا اللين يكون اكثر حصولا فى جوانب النصفين الكريين وقرب الاجسام المضلعة منه فى بقية اجزاء المخ واعراضه تكون اثقل كلما كان اكثر سعة واقرب للنخاع المستطيل فانذاره مغم جدا لان الظاهر ان الموت نتيجة له لازمة الحصول وبالجملة هو آفة من نتايج الاحتقان اذا علم باعراضه كانت الصناعة عاجزة عن مقاومته فالاولى تركه للطبيعة ومعالجة الاعراض فقط

المبحث الثالث

فى التهاب الجهاز المخى الشوكى

من الشائع يقينا كون المخ يبقى فى الطفل من الاعضاء التى تتكون اخيرا لانه لو كان ممتعا زمن الولادة بجميع الخواص العضوية التى نشاهدها فى الجهاز الهضمى والتنفسى لكان معرضا مثلها لالتهابات كثيرة ولكن حالته اللبية اى الغير الآلية جعلته محفوظا من تلك الالتهابات التى قد تظهر عقب الاحتقانات التى يكون هو مجلسا لها دائما وقت الولادة ولذلك يصح ان نجزم بان الالتهاب الحقيقى الواضح الصفات فى اللب المخى نادر فى المولودين واكثر منه التهاب الاغشية وليكن هذا المبحث مشتملا على خمسة مطالب

المطلب الاول

فى التهاب اغشية النخاع

التهابات الاغشية النخاعية اكثر حصولا من التهابات النخاع نفسه ويحصل منها تشنجات فى الاطراف واحيانا فى الوجه خصوصا اذا امتد الالتهاب نحو قاعدة الجمجمة قال بليار وجدت فى عشرين مرة من ثلاثين حالة من احوال تشنجات المولودين التهابا واضح الصفات لاغشية النخاع وستة من هؤلاء العشرين اجتمع فيهم التهاب اغشية المخ والنخاع معا بحيث يقرب للعقل ان تشنجات الاطفال المولودين تكون غالبا نتيجة تهيج او التهاب فى الاغشية الفقرية والمشاهدة الآتية يؤخذ منها كيفية ظهور اعراض التهاب الاغشية وسيرها

وهى طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى فى اليوم الثالث من سبتمبر وحصل له فى الليلة السابقة تشنجات عامة دامت معه الى الصباح فكانت اطرافه متخشبة وملتفة بشدة وعضلات وجهه فى حالة انقباض دائم ونبضه ممتلئا قويا متواترا (علاجه علقتان على القسم الحلمى وماء الزيزفون المحلى وحمام خردلى فى الرجلين) فنقصت التشنجات ولم تذهب بالكلية بعد وضع العلق وصار الطفل ضعيفا جدا ويتنفس بعسر ويخرج من فمه لعاب رغوى (علاجه ماء الشعير المحلى وضماد على القدمين) وفى اليوم الرابع ابتدأت التشنجات فى الصباح مع شدة جديدة وارتفع النبض وصار الجلد حارا ولم تسمح حالة ضعف الطفل بوضع العلق وانما اقتصر له على وضع رفائد مبردة على الرأس فكثت التشنجات طول النهار وبقى البدن باردا والعمود الفقرى مستقيما متخشبا اذا نصب الطفل مع انه سهل الانثناء فى المولودين وكان صياحه حادا وعضلات الوجه منقبضة كما سبق بل يظهر ان فيها جذبا خفيفا الى اليسار وفى المساء هبط الطفل وبرد وعدمت حركته وصغر نبضه وتقطع ثم مات فى مساء اليوم الخامس ولما اريد فتح جثته وجد معه انتقاع عام فى الجلد واحرار تكى فى المعدة وذهاب للون الغشاء المخاطى الذى للامعاء الدقاق واحرار به شديد الحمرة والانتفاخ فى الامعاء الغلاظ ووجد مقدار عظيم من الدم منصب على سطح النصف الكرى الايمن ومصل مدمم فى البطينين الجانبيين وقاعدة الجمجمة وكانت اغشية المخ منتقعة واغشية النخاع شديدة الاحتقان ووجد على سطح العنكبوتية نصعد دموى على هيئة غلالة ثخينة يسهل رفعها فيشاهد تحتها الغشاء مبذورا فيه صفحات حمر نقطية بدون تغير فى المنسوج فهذه هى الاعراض والآفات التى تحصل عادة من التهاب الاغشية الفقرية فى الصغار ومع ذلك قد لا يقوم الامن تهيج بسيط بدون ان توجد فى الرمة آفات التهابية ظاهرة فكثيرا ما لا يوجد فيهم بعد التشنجات كما فى الكبار البالغين الا مجرد احتقان فى الاغشية لكن لا ينبغى لاجل ذلك ان يشك فى كونها مجلسا للداء وانما يعلم ان هذه الحالة درجة من درجات الالتهاب لم يتقدم سيره فيها

حتى تحصل منه الآفات التي تصيره في العادة غير منكور

وقد تشترك اغشية النخاع مع جميع الاغشية المصلية في الالتهاب قال بليار قد رأيت مرة في طفل مات بعد الولادة بثلاثة ايام التهابا بريتونيا وبلوراويا وغشائيا نخاعيا والتهاب الاغشية النخاعية يحصل منه غالبا في الاطفال الصغار ارتفاع النبض وتواتره وتكون الحركات الحمية هنا اوضح مما في التهابات الصدر والخثلة ومع ذلك اتفق انى رأيت النبض احيانا بطيأ هابطا لكن سحنة الطفل في هذه الحالة تشعر بالالم والقلق واحيانا يوجد تعب عظيم في التنفس وذلك يدل عليه اللون الرصاصي المسود للوجه والاطراف والبطئ والمشقة في تمدد الصدر وعلاج هذا الالتهاب كعلاج التهاب اغشية المخ الآتي على الاثر

المطلب الثاني

في التهاب اغشية المخ

كثيرا ما سمينا ذلك بالالتهاب السحائي لان السحاية بكسر السين هي ام الرأس فيعنى بالالتهاب السحائي اوالغشائي المخي التهاب جميع اغشية المخ والمخيخ والنخاع وخصوصا العنكبوتية والام الحنونة لان التهاب الام الجافية نادر اذلا يكون غالبا الانتيجة الجروح التي تحصل في عظام الجمجمة واذا وجد كان مصحوبا دائما بالتهاب وريقة العنكبوتية المغطية لها مباشرة فيكون مبحث التهاب الام الجافية داخلا في مبحث جروح الرأس ويكون هذا المبحث مخصوصا بالتهاب العنكبوتية والام الحنونة وهو الذي نسميه بالتهاب اغشية المخ وان كانت الصفات التشريحية المرضية في الغشائين مختلفة ولكن الغالب اصابتهما معا واعراضهما واحدة وزعم بعضهم انه لا يمكن تمييز التهاب المخ عن التهاب الاغشية المخية وسيما في الاطفال وبموجب ذلك يلزم ضمهما معا في مبحث واحد وخصوصا اذا كان علاجهما واحدا وممن مشى على هذا الرأى الطبيب الماهر جورجيه ونحن لا نقول بذلك وان كان في بعض الاحوال قد لا يمكن التمييز اما لكونهما مجتمعين معا اولان الفروق

المميزة لهما غير واضحة لكن اذا كانا منعزلين شوهد منهما صفات تكون فى الغالب قاطعة بحيث يمكن معرفتهما فى الاحياء ويختلف الغشا آن فى الصفات التشريحية المرضية التى يتصفان بها فى حالة الالتهاب فيلزم ذكر كل منهما منعزلا عن الآخر فى فصل يخصه كالالتهاب البلوراوى والرئوى مع انه يندر كونهما منعزلين عن بعضهما ويعسر تمييزهما ويتحدان تقريبا فى العلاج

الاعراض * اعراض التهاب الاغشية المخية تختلف باختلاف كون الداء حادا او مزمنا وباختلاف الجزء المصاب من الاغشية وسعة الداء وسرعة سيره وحالة الاشخاص المصابين باعتبار السن والذكورة والانوثة والاستعداد كما تختلف مدة الداء ايضا من ثلاثة ايام او اربعة الى ثلاثين ويندر الموت قبل الرابع او الخامس والغالب انتهاء الداء فى اسبوع او اسبوعين ويصح ان تقسم الاعراض الواصفة للداء الى ثلاثة ادوار وان كانت تلك الادوار مختلطة ببعضها لكنها قد تتميز احيانا بحالة النبض لانه فى الدرجة الاولى يكون ضيقا متواترا وفى الثانية يصير بطيأ غير منتظم بل قد ينزل احيانا عن الحالة الاعتيادية وفى الثالثة يرتفع ويقوى قوة عظيمة الى وقت الموت وهذا السير المنتظم للنبض انما ينسب للاطفال وقد يختلف فى البالغين والعادة ان الادوار انما تؤخذ غالبا من مجموع الاعراض لا من عرض واحد منعزل عن غيره

الدور الاول دور الظهور والالتهاب * التهاب الاغشية المخية يبتدئ عادة بقشعريرة تعقبها حرارة حمية وصداع حاد ينسبه المميز للجبهة اوالقمة الرأس اوللقمحدوة ويصحبه نعاس وله صفة عظيمة الاعتبار وهو انه وان كان مستداما الا انه يزيد بنوب قصيرة بحيث يحمل الاطفال احيانا على صياح مخصوص سماه بعضهم بالصياح الاستسقائى المخى لانه يشاهد غالبا فى استسقاء البطينات وبعد هذا الصياح يسقط الطفل فى هبوط ونعاس وفى هذه الحالة يحصل منه صرير فى الاسنان وكزاز فى الفك وتعلن محنته بالالم فيعرقص حواجبه والشفتين اللذين يذهبان من جناحى الانف الى مجمع الشفتين

ولا يخرج

ولا يخرج من حالة النعاس والسبات الا لاجل التحرك ويئن واحيانا يهذأ والحركات التى تطبع فى جسمه توقظ آلام رأسه اوتزيدها ويكون رأسه دائما ثقيلا ومنقلبا الى الخلف كأنه مجذوب بثقله الخاص ويكون فى الوجه بعض انتفاخ ثم تارة يكون ملونا وتارة منتقعا ويصحب ذلك وخز فى الرأس اى الجبهة غالبا وتكون الاجفان دائما مطبوقة فى هذا الدور لان الاعين شديدة التأثر بالضوء واذا اجتهد فى رفع الاجفان حتى فى حالة النعاس قبضها المريض بقوة والحدقة تارة تكون متسعة وتارة منقبضة جدا وكثيرا ماتضطرب بحركة واضحة واحيانا يشاهد فى هذا الدور حركات تشنجية خفيفة فى عضلات الوجه والاعين ولكن الغالب وجود ذلك فى الدور الثانى والثالث وتواتر النبض فى هذا الدور يصحب تنفسا يكون فى الغالب بطيأ غير منتظم ويندران لا يتقيأ المريض فى ابتداء الداء واحيانا يدوم القيء فى الاطفال اما متباعد المرات او متقاربها حتى مدة الدور الاول وذلك القيء لا يصحبه عادة علامات الالتهاب المعدى المعوى كاحمرار اللسان وغيره مالم يتضاعف الداء بذلك وامساك البطن فى اغلب المرضى يكون دائما شاقا مالم يكن الداء مسبوقا بالتهاب معوى قولونى كما يحصل ذلك احيانا للاطفال ويندران يسيل البول بدون اختيار فى الدور الاول مالم يصل الداء الى درجة مرتفعة ويكون السبات عميقا قال جرسلان لم اعثر فى الاطفال على البول المطلق الذى ذكره بعضهم نعم هو كثير الرسوب فيهم فى هذا الداء كبقية الداآت التى يكون البول فيها نادرا بسبب زيادة كمية الاملاح الكلسية المحتوى عليها

الدور الثانى دور التزايد والتهيج * فى هذا الدور تتزايد جميع الاعراض وسيما الاعراض العصبية فيصير الصداع شديدا حادا والنعاس عميقا بحيث يبلغ درجة السبات وكثيرا مايصحب ذلك نقص زائد فى حساسية جزء من الجسم ويضطرب الوجه والاطراف بحركات تشنجية واهتزاز فى الاوتار والاعين تصاب بالحول والحدقة المتسعة اوالمنقبضة تتحرك بكيفية عظيمة الاعتبار وتكون حرارة الرأس مرتفعة جدا ومصحوبة باحمرار ولاسيما مدة تزايد

الاعراض واما باقى الجسم فيندران يكون شديد الحرارة والاعراض الواصفة لهذا الدور تكون فى النبض لانه كما قلنا يكون شديد البطئ غير منتظم بل ينخفض عن الحالة الاعتيادية فاذا بقى اكثر تواترا عن العادة كان فى الغالب غير منتظم وعدم انتظام النبض يتوافق غالبا مع عدم التساوى فى التنفس فيتواترا حيانا ويصير قصيرا ثم يعقب ذلك اخذ نفس طويل نزعى عميق جدا ثم يظهر بعد ذلك كأن التنفس انقطع زمنا ما والغالب ان هذا الدور الثانى طويل فقد يطول من اثنى عشر يوما الى خمسة عشر وذلك هو ما يشاهد فى الاطفال اذا كان الداء مقصورا على سعة صغيرة من قاعدة المخ ويعقبه عادة انصباب مصلى فى البطينات يسمى بالانصباب الحاد الذى سنتكلم عليه قريبا

الدور الثالث دور الانتهاء * هذا الدور يكون دائما اقصر جدا من الثانى فيه يزول الصداع بالكلية ويبدل غالبا بسبات عميق لا يتكدر الا بالاضطرابات التشنجية فى الاطراف والوجه وبصرير الاسنان ويكون النبض شديد السرعة والانتظام والتنفس منتظما وعلى حسب الدورة ثم يصير بطيأ شخيريا قرب الموت وتحتقن الملتحمة وتتسع الحدقة جدا وتصير قليلة التأثر بالضوء ويكون الازدراد حينئذ عسرا جدا بسبب كزاز الفكين وحقن السائلات فى المرئ يسبب بعض سعال وهيئة قلس لان السائلات يسقط جزء منها فى المزمار بسبب تعسر الازدراد وتزايد الاعراض يصحبه غالبا حرارة شديدة فى الجلد واحرار فى الوجه وعرق ولكن كلما ضعفت القوى صار العرق باردا وينتهى هذا الدور ببرد الاطراف والتنفس الخرخرى اى الشخيرى ما لم تعرض تشنجات قوية توقف الحياة كما يشاهد ذلك احيانا فى هؤلاء الاطفال فهذه هى الاعراض الواصفة للداء عموما واغلبها مشترك ايضا مع التهاب المخ ولكن فى التهاب الاغشية المخية تكون جميع العلامات الواصفة لتنبه شديد فى المخ اوضح جدا كالصداع وحساسية الاعين والسحنة المتألمة والحركات التشنجية واما العلامات التى تنسب لالتهاب المخ وتنشأ من آفة عميقة فيه لكنها اقل ايلاما فتصاحب دائما انقباضا فى الاطراف وشللا جزئيا او عظيم السعة تاما

اوغير

اوغير تام فهذان الغرضان منسوبان لالتهاب المخ كما اثبت ذلك روستان ولالمند وبوليودوهما لا يوجدان اصلا فى التهاب الاغشية الا اذا كان مضاعفا بالتهاب المخ او بلين الاجزاء المتوسطة للمخ او وجد ران بطينا ته

وزعم هنك انه قد يسهل فى الاطفال اشتباه الاعراض المنسوبة لالتهاب الاغشية بالاعراض التى قد تحصل من وجود الديدان قال جرسان واظن ان هذا الغلط عسر الادراك وذلك لان دوام الصداع واتساع الحدقة والتقايى بل والتشنجات التى فى هذه الحالة تنشأ من وجود الديدان انما هى وقتية ولا تكون فى العادة مسبوقة ولا مصحوبة بحمى ولا بتنفس نزعى غير مستو وليس فيه مشابهة لسير الاعراض التى ذكرناها فى شرح التهاب الاغشية

واما من جهة الفروق التى تشاهد فى اعراض التهاب الاغشية باعتبار مجلس الالتهاب وعلى حسب سن المرضى فقد ثبت من المشاهدات ان التهاب الاغشية التى تغطى جميع تحدب المخ وتختص فى الغالب بالكبار المميزين يوصف دائما فى ابتداء الداء بتكدر فى القوى العقلية وهذيان تختلف شدته واما التهاب اغشية القاعدة والبطينات الذى يوجد بالاكثر فى الاطفال فلا تتغير فيه القوى العقلية وفى هذا النوع الاخير تكون من الابتداء اعراض التنبه المخى مصحوبة بنعاس ويكون القىء السمباتوى اكثر ملازمة وفى الدور الثانى لا يفقد غالبا الحول ولا كزاز الفكين عند الاطفال خصوصا فاذا انتشر الالتهاب فى آن واحد لجميع سعة الاغشية كانت هذه الفروق يسيرة بل ربما زالت بالكلية وكثيرا ما يكون التهاب الاغشية المخية مضاعفا بامراض اعضاء الهضم او التنفس وتلك المضاعفات تنوع يقينا الصفات الخاصة بالتهاب الاغشية فلا تنذر تبعية هذا الالتهاب لالتهاب معدى معوى او مضاعفته به وقد يوجد احيانا مع التهاب بلوراوى رئوى قال جرسان كثيرا ما شاهدت ان الاطفال المصابين بالسل الدرنى فى الرئتين يموتون بالتهاب اغشية قاعدة المخ ويقرب للعقل ان التهاب الاغشية قد يكون مضاعفا بامراض اندفاعية حادة كالحصبة والقرمزية والجدرى وزعم طبيب من الاطباء ان التهاب اغشية المخ

مع الجدرى يكثر فى الكبار البالغين ولقد شاهدته ايضا فى الاطفال الذين عمرهم من سنتين الى خمس عشرة سنة مع ان هؤلاء اكثر تعرضا للالتهابات التى فى قاعدة المخ من غيرهم انتهى

والالتهاب البطئ اى المزمن فى الاغشية او الذى انتقل بعد الحدة الى الازمان تكون علاماته الوحيدة هى الصداع المستدام والنعاس المصاحب له غالبا فى الاطفال والحركات التشنجية والتقايى .

والتغيرات المرضية التى توجد بعد التهاب اغشية المخ تختلف باعتبار كون مجلس الالتهاب هو العنكبوتية او منسوج الام الحنونة فاذا كان المصاب هو العنكبوتية ومات المريض فى الدور الاول وذلك نادر اذا لم يفجأه تشنجات شديدة شوهد سطح الغشاء جافا مصقولا محقونا كانه اندفع فى اوعيته الشعرية الدقيقة مادة ملونة فاذا مات المريض فى الدور الثانى او الثالث كان سطح العنكبوتية المحتقن مغطى فى الغالب بسائل مصلى او مصلى صديدى كثير وباغشية كاذبة رخوة بيضاء مخضرة واحيانا تمتلىء التجاويف البطينية او التجويف الكبير للعنكبوتية بسائل صديدى ندفى شبيه بسائل الاغشية الاخر المصلية فاذا بحث حينئذ فى العنكبوتية شوهد كونها فاقدة لشفافيتها وسميكة ويشاهد غالبا فى البطينات عقب التهابات اغشية قاعدة المخ انصباب عظيم من مصل شفاف فاذا كانت الام الحنونة هى مجلس الالتهاب وجد بينها وبين العنكبوتية وسيما على طول الاوعية طبقات من سائل مصفر او صديدى يكون تارة على هيئة صفائح غير منتظمة وتارة على هيئة اشرطة موازية للاوعية الغليظة التى تمر فى الاغشية ذاهبة الى تحدب المخ او شق سلفيوس او قة المخيخ فى المحل الذى تشفذ فيه الاغشية من القناة البطينية لتتكون منها الضفائر المشيمية وكثيرا ما يشاهد فى الحال التى يكون فيها المنسوج الذى تحت العنكبوتية متخللا جدا ترشح مصلى هلامى مصفر كثير ويشاهد فى الالتهابات المزمنة سموكة وبياض صدفى فى العنكبوتية يصحبه احيانا تحببات صغيرة جدا ودرن حقيقى يكون مجلسه فى المنسوج تحت العنكبوتية

واستفتح

واستنتج بليار من المشاهدات التشريحية التى نقل بعضا منها ان التهاب
الاغشية المخية صنفان احدهما ان يكون بسيطا ولا يقوم الا من احتقان وعائى
او احمرار نقطى مع تكون طبقات غلالية على سطح المخ او مع عدم تكون ذلك
وفى الحالة الاولى يحصل تشنجات عامة وانزعاج تشنجى فى عضلات الوجه
وصياح محرض يقينا من الالم وثانيهما ان يكون مضاعفا بانصباب
مصلى او مصلى صديدى فى التجاويف المخية وحينئذ يتضاعف الاضطراب
والتشنجات ويتبع ذلك حالا حالة سباتية عميقة مصحوبة بتمدد مستدام
فى الحدقة وتيبس فى الاطراف ثم بعد ذلك انحلال تام فيها وخمود كلى للقوى
العقلية اذا كان الطفل مقدما فى السن بحيث تكون قواه المذكورة نامية
انتهى وجعل بعضهم النوب التشنجية التى ينسبونها نسبة غير صحيحة
للتسنين منسوبة لالتهاب الام الحنونة الذى يحصل منه رشح صديدى
على سطحها

اسباب التهاب الاغشية المخية * اكثر وجود هذا الداء من نهاية التسنين الاول
الى ما فوق سن الشبوبية وان كان يوجد فى جميع الاسنان من سن الولادة
الى الشيخوخة ويكثر جدا فى الاطفال الذين عمرهم من خمس سنين الى
خمس عشرة سنة واما النسبة بين عدد الذكور والاناث المصابين بهذا الداء
فيظهر انه يكون اكثر فى الذكور على حسب مشاهدات باران ومرتنيت فانه
عد فيها ثمانية وثمانين ذكرا وثمان واربعين انثى قال جرسان لكن اظن ان
هذا الفرق ناشئ ايضا من تأثير بعض الاماكن لان الظاهر انه ثبت اولا فى التهاب
اغشية القاعدة فى الاطفال ان هذا الداء يكون اكثر فى البنات منه فى الصبيان
وان المصاب بالاكثر منهن ذوات البنية الرقيقة اللطيفة العصبية وربما حصل
من تأثير الاسباب الجوية كغيره من امراض الاغشية المصلية والسبب
الجوى قد يخفى علينا ولذلك يشاهد فى بعض السنين اصابة اطفال به اصابة
كثيرة وفى بعضها لا يصاب منهم احد فيصح ان يقال انه قد يتسلطن تسلطنا
يقرب من ان يكون وبائيا ويوجد فى جميع الفصول ولكن اكثر وجوده فى الربيع

والخريف ويقل فى مدة الحرارة المحرقة زمن الصيف

العلاج * ينبغى المبادرة لعلاج هذا الداء متى ظن وجوده فاذا اخر العلاج كان احزن واسوء من الالتهابات الاخر فى الاغشية المصلية لان احسن انتهاآته هو التحلل فاذا حصل افراز تقيحى فى سعة ما من الاغشية ولم يسرع الامتصاص حصل منه الموت يقينا واما التقيح فى البريتون او التامور او البلورا فليس دائما مهلكا فلذلك ينبغى المبادرة بمضادات الالتهاب من الاستفراغات الدموية كالعلق ونحوه على جانبى العنق او الرأس او القفا على حسب مجلس الالم والمحل المتوهم ويعان فعلها بالتدبير الغذائى المضاد للالتهاب اعنى التدبير القاسى وبالمشروبات الخفيفة الحلوة والحقن المرخية وتستعمل مع ذلك المصرفات على الاطراف السفلى والحمامات القدمية والضمادات الحارة الخردلية قليلا ويلزم مراعاة مقدار الخردل بحيث لا يحدث تنبها شديدا مؤلما خوفا من ان يزيد المه فى الحالة العامة للجسم فتشتد الحمى من ذلك ويفور الدم جهة المخ واما الاوضاع الباردة او الجليدية فانما تستدام على الرأس مادام هناك حرارة كثيرة وانفعال قوى فاذا لم يكف ذلك لزم المبادرة فى الدور الاول بصب البارد على الرأس والبدن ولاجل نفع هذه الواسطة ينبغى ان يكون فى النبض بعض مقاومة وان تكون حرارة الجسم مرتفعة جدا قل ربما لزم استعمال هذه الواسطة وقت زيادة الاعراض وتدبر مع غاية الانتباه حرارة الماء ومدة الاستعمال على حسب قوة المريض واستعداده فيلزم دائما بصر المدة من دقيقتين الى ثلاثة فى الابتداء ثم يزاد فيها اذا اتضح نفعها فاذا لم ينفع الصب اولم يستعمل بسبب حالة الصدر او بسبب آخر لزم المبادرة بالمصرفات فى القناة المعوية اذا كانت اعضاء الهضم جيدة السلامة واما المسهلات اللطيفة وسيما الكلوميلاس وحده او مجتمعا مع مسهلات اخر فتستعمل اذا كان هناك انزعاج مخى وجميع هذه الوسائط المصرفة التى تؤثر على القناة المعوية لا تستعمل الا اذا انقطع القيء بالكلية واما استعمال المقيء ضدا للتنبه فلم ينجح مع جرسان فى دور من الادوار لا فى الاطفال ولا فى غيرهم

اما فى الدور الثانى اذا صار النبض بطيأ جدا وصحب النعاس الاعراض العصبية فان الافصاد وصب البارد وبقية الوسائط المضادة للالتهاب تكون عديمة النفع بل قد تكون مضرة ويمكن فى بعض احوال ان ينجح وضع العلق او المحاجم التشريطية حول الرأس لكن اذا بقيت الاعراض وضعف المريض لزم استعمال خزام فى العنق او حراقة كبيرة على الرأس قال جرسان ويظهر لى ان هذه الواسطة الاخيرة انفع على الخصوص للاطفال وهى مفضلة على حراريق الاطراف التى توقظ غالبا تأثيرا عاما مؤذيا للآفة الموضعية ولا تقلل الميل للانصبابات المصلية التى تشاهد كثيرا ولاسيما فى اغشية قاعدة المخ ويداوم مدة الدور الثانى على استعمال المسهلات ولاسيما الكلوميلاس انتهى

وعلاج الدور الثالث مقصور على مقاومة الاعراض العصبية واعانة الاستفراغات ولكن هذا العلاج التسكينى ضعيف دائما فالتمريخات الاتيرية والكافورية تخفف احيانا الحركات التشنجية غيران جميع مضادات التشنج المأمور بها من الباطن مؤذية غالبا لانها تنبه الدورة التى تعرض فى هذا الدور فن القانون حينئذ استعمال الديجتال المجتمع مع الكلوميلاس وذكر جرسان انه لم ينل فى هذا الدور منفعة جيدة من الاستحمامات الفاترة او البخارية التى مدحها بعضهم واما المحولات فى الامعاء فليس لها نفع ايضا وانما تميل لاضعاف المريض وتقريب اجله

ومن النتايج السريعة لالتهاب اغشية المخ انصباب المصل فى البطينات وسمى ذلك المؤلفون بالاستسقاء المخى الحاد وبعض الاطباء ممن يهتم بالاعراض اكثر من الاسباب اقتصر على شرح ذلك من الالتهابات الغشائية المخية وسماه بالاستسقاء المخى الحاد مقابلا بالاستسقاء المخى المزمن الذى سبق شرحه واختلف الاطباء فى طبيعة هذا الاستسقاء والقدماء كانوا يعتبرونه نوعا من السكتة سموه بالسكتة المصلية وقوى ذلك طائفة منهم مرجانى ومنهم من يرى انه مشابه للاستسقاء المخى المزمن ومنهم من شرحه مسمى بالحمى الخبيثة واثبت

جرسان بالابحاث التشريحية المرضية انه يكون فى الغالب مصحوبا بتغيرات عضوية فى الاغشية اوفى المخ فيكون نتيجة تابعية اما الالتهاب العنكبوتية اوالمخ نفسه والذى اتضح من المشاهدات انه ناشئ من تغيرفى المخ اواغشيته فشوهد فى الالتهابات المخية الحادة والمزمنة وفى انزفة المخ بكثرة وفى لينه بندرة حتى ذكر بعضهم ان المصاب بالسكتة اذالم يشف فى بعض اشهركان من النادر ان يعيش سنة بدون ان يصاب بانصباب المصل ولكن اكثر وجوده فى الالتهابات الحادة والمزمنة للاغشية حتى قيل ان ثلثى المصابين بتلك الالتهابات يوجد فيهم ذلك الانصباب المصلى نعم من المحقق انه قديوجد شئ من تلك الالتهابات ولايوجد شئ من الانصباب كما انه قديوجد انصباب بدون التهاب لكن ذلك نادر بل تردد جرسان فى وجوده بدون آفة عضوية فى المخ وصرح بليار بنفيه واستند لذلك بانه اذا شوهدت اعراض التهاب فى الاغشية وفى المخ ولم يظهر فى الرمة تغيرمحسوس فماذاك الا لان الالتهاب قدلايعطى له زمن يسبب فيه جميع التغيرات التشريحية التى يسببها فى العادة ولامانع من ان يكون انصباب المصل من امثلة ذلك

وتشخيص تلك الانصبابات عسر جدا ويزيد عسره من عدم انتظام مدته وصفة اعراضه وتغيرها وسرعة تقدم سيره ومضاعفاته الكثيرة التى تصيره عظيم الثقل قتالا للاطفال الصغار ومن المعلوم انه كثيرا ما يحصل بدون صداع واحتقان فى الملتحمة واضطراب فى الحدقة وحول وتشنجات وصرير فى الاسنان وشلل غيرتام وانقباض فى الاطراف مع ان هذه كثيرا ما تنسب لوجود الانصباب وكثيرا ما توجد هذه بدون انصباب فى التجاويف المخية فينتج من ذلك انه اذا توافقت الاعراض مع الانصباب كانت ناتجة من سبب آخر غير وجود السائل فاذا طرحنا جميع ما ينسب لامراض المخ التى يكون هذا الاستسقاء نتيجة تابعة لها نجد الصفات الذاتية للانصباب قليلة وهى سبات عميق واتساع دائم فى الحدقة وفقد تام لحساسية الشبكية مع ثبات العين بحيث تبقى منفتحة نصف انفتاح وفى الدور الاخير للداء ذهاب حيوية القرنية

بل

بل كثيرا ماتغطى بطبقة زلالية وقد تتنوع تلك الصفات

واما اسباب تلك الاستسقاآت الحادة سواء كانت مصاحبة لآفة عضوية ام لا فهى اما مهيئة او محدثة فمن المهيئات السن فتوجد بالاكثر من سن الطفولية الى زمن التسنين الثانى والاطفال المسلولون والخنزرون اكثر تعرضا لها من غيرهم ومما يهيئ الاطفال لها بعض الامراض الاندفاعية كالحصبة والجدرى ولاسيما القرمزية التى تصحبها كثيرا الاوذيما العامة وكذلك الامراض المعدية المعوية المجتمعة مع الاعراض المخية كثيرا ما تنتهى فى الطفولية بانصباب فى البطينات اوفى التجويف العظيم للعنكبوتية ويظهران الانصباب فى البنات الصغار اكثر من الصبيان ويكثر فى الاطفال ذوى المزاج العصبى واللينفاوى واللون الجميل والشعر الاشقر وخفة الذات واللطافة والعقل ومن المشاهد ايضا ان رؤس هؤلاء الاطفال تكون كبيرة الجحم وقطرها المستعرض من حدبة جدارية الى اخرى كبير ايضا وتقل تلك الامراض ككثير من غيرها فى سكان الارياف وتكثر فى سكان المدن واما الاسباب المحدثة لها فهى الامراض الحادة اوالمزمنة فى المخ ولاسيما التهاب اغشية قاعدته

واما انواعها فيصح ان تميز الى انصباب فى التجويف الكبير للعنكبوتية اوفى البطينات اورشح فى المنسوج الذى تحت العنكبوتية اوفى المخ فالذى فى التجويف الكبير اذا كان كثيرا وفى الجانبين معا تكون اعراضه هى السبات العميق جدا وعدم امكان الازدراد اوصعوبته وعدم الاحساس بتأثير الضوء اواللغط ولكن يبقى الجلد حافظا لحساسيته ولوقليلا ويندر ان يوجد شلل كامل مالم يكن استسقاء المخ مصحوبا بنزيف مخى اولين قديم فى المخ واما الذى فى البطينات فتكون اعراض الانضغاط فيه اخف درجة مما قبله ويكون هنالك هيئة نعاس اوسبات لكن يمكن اخراج المريض من تلك الحالة فيسمع وان لم يمكنه ان يتكلم ويمكن ان يشرب ويأكل وان كان يسعل بسبب عسر الازدراد الناشئ حسب الظاهر من شبه شلل غير تام فى البلعوم قال جرسان رأيت اطفالا يزدردون الاغذية وبقى معهم ذلك الى وقت الموت ومع ذلك وجد فى جثثهم

بعد الموت انسكاب مصل كثير فى البطينات فاذا تكررت التشنجات فى الدرجة الاخيرة من الداء وكان مع المريض كزاز مستدام فى الفكين كما يحصل ذلك كثيرا فى انصباب المصل الحاصل من التهاب العنكبوتية والالتهابات المخية لم يمكن ان يعرف هل المريض يمتع ببعض حواسه ام لا ولا يمكن ان يحكم بالانذار الصحيح ولا يعرف التجويف الحقيقى الذى هو مجلس الانصباب واما الاستسقاآت التى هى رشح فى منسوج الام الحنونة بل وفى المخ فلا يمكن تمييزها عن الاستسقاآت المخية الحاصلة من الانصباب اذا كانت مجتمعة معها بل لو وجد الاستسقاء الرشحى وحده لعسر وضوحه وكانت اعراضه اقل ظهورا مما فى الاحوال الاخر ويشاهد بالاكثر فى اواخر الامراض المزمنة او فى الدور الاخير للامراض الحادة الثقيلة التى استخرج فيها دم كثير واعراضه الغالبة هبوط وعسر فى الحركة وصداع خفيف وبعض نعاس واحيانا نوم واجوبة بطيئة عسرة واحيانا تشنجات عامة او حول فقط وتمدد فى الحدقة مع انتفاخ فى الاجفان لكن ليست هذه كلها دائمة الوجود وربما وجدت فى امراض مخية كثيرة ليس فيها ترشح مصلى ولا انصباب كما انه قد يوجد ذلك الرشح بدون شئ منها

وكل من تلك الانواع الثلاثة قد يوجد مع وجود آفة آلية فى المخ معروفة بالحس لان الذى يدل على تغير وظائف الاغشية بالذات هو تكدر الامتصاص والتبخير فى تلك الاغشية حتى حصل من ذلك انسكاب السائل وبقاؤه فيكون هنا آفة موضعية ولا بد وان كان بعضهم قسم ذلك الاستسقاء الحاد الى ذاتى اى ليس معه آفة آلية وعرضى وهو الذى معه تغير آلى فى المخ ولكن ليس عندنا من الاعراض ما يميز هذين النوعين عن بعضهما بل الظاهر اتحادهما فى الاسباب والاعراض بل ربما كانا من طبيعة واحدة واذا نظرنا بحسن التأمل نرى ان الاستسقاآت المذكورة انما هى فى الغالب اعراض للآفات المخية المتنوعة والذى يقصد بالذات انما هو الداء الاصلى والغالب ان يكون هو التهاب الاغشية الذى فرغنا من ذكر اوصافه واحواله فلنحل شرح اعراضها ومعالجاتها عليه فان فيه الكفاية

المطلب الثالث

المطلب الثالث
فى التهاب النخاع الفقرى

التهاب النخاع الفقرى فى الاطفال الرضع اقل من التهاب الاغشية المخية فيهم ومع ذلك اذا التهبت الاغشية جاز ان يكون النخاع مجلسا لبعض تغيرات تنسب يقينا للالتهاب لكن ليست تلك التغيرات دائمة الحال فتارة يكون النخاع متينا جدا وتارة لينا جدا قال بليار واظن ان الحالة الاولى نتيجة التهاب جديد لانى كثيرا ما وجدتها فى الاحوال التى كان فيها التهاب الاغشية قليل التقدم وقد وجدت مرة هذا التيبس زائد الوضوح وكان مع الطفل فى حياته تشنجات فى الاطراف فوجدت الاغشية مغشاة بطبقة سميكة من تجمدات غشائية كاذبة والجوهر المركزى فى هذه الاحوال من التيبس كان لينا قاتم اللون ولم يشارك الجوهر الابيض فى الصلابة انتهى وذكر بوليود من الصفات التشريحية احتقانا بسيطا مع زيادة قليلة فى القوام وذلك اذا مات المريض من يومين الى اربعة بالتهاب النخاع وهذا لا يحصل غالبا الا اذا صحبه التهاب الاغشية الفقرية فلا يوجد حينئذ فى الجثة الا احتقان تختلف قوته وتلون وردى فى النخاع ويكون القوام اكثر من العادة بيسير وكأنه غمس زمنا ما فى حمض ضعيف ومن المهم عدم اشتباه هذه الحالة فى النخاع بتيبسه الحقيقى الذى لا يحصل الا فى الالتهاب النخاعى المزمن ويظهر ان اولفيير وقع فى هذا الغلط فالذى نقوله ان هذا التيبس الذى اعتبرناه من الصفات التشريحية لالتهاب النخاع والمخ يختلف عن التيبس الذى ذكره الاطباء نهاية للالتهاب فزيادة القوام التابعة للالتهاب النخاعى الحاد انما هى بقية الفيضان الدموى الذى يحصل فى الدرجة الاولى من هذا الالتهاب ويصح ان يشبه بتوتر المنسوج الخلوى وقوامه فى الدرجة الاولى من الفلغمونى الحاد فهو نوع من الضخامة الحادة ومن المحقق ان الضخامة قد تحصل من الالتهاب المزمن لكن لا ينبغى اشتباه هذه الزيادة البسيطة فى الحجم والقوام للاعضاء بتيبسها الحقيقى الذى يصحبه دائما تنوع عميق فى تركيب الاعضاء التى هى مجلس له

ولين النخاع الشوكى اما عام او جزئى واللون اما ابيض او مختلط بانصباب دموى فالعام يوجد مع حالة شبيهة بذلك فى المخ ويكون لب النخاع حينئذ شديد اللين مصفرا واحيانا ادهما او مخلوطا بجزوز دموية واللين التام فى المخ او القريب للتمام الذى ذكرناه مع الكلام على الاحتقان الضعيف يشاهد مثله فى النخاع الا انه اقل كثرة ويندر جدا ان يكون لين النخاع غير متعلق بلين المخ وانما الاكثر ان يوجد لين المخ بدون لين النخاع قال بليار فى ثلاثين حالة من اللين مع فساد فى اللب المخى وجدت مجلس اللين عشر مرات فى المخ والنخاع الشوكى انتهى وصفات هذا اللين كصفات لين المخ ويتشر منه ايضا رائحة الادروجين المكبرت الدالة على فساد سابق فيه فيتمزق النخاع عندما يلمس ويصير من ادنى غسل كالمرقة السائلة فاذا وجد هذا التغير لم يعش الطفل فى العادة الا بعض ايام ويتنفس بعسر ويكون صياحه اختناقيا وحركاته تقرب من ان تكون عدمية واطرافه تكون فى حالة استرخاء زائد وجلده بنفسجيا ووجهه فى حالة السكون وهذا الهبوط العام يشاهد فى اقوى الاطفال كما يشاهد فى اضعفهم بحسب الظاهر ويظهر ان الدورة يحصل فيها تكدر عظيم لان النبض وضربات القلب التى هى غير منتظمة يعسر الاستشعار بها ويوجد غالبا دائما احتقانات دموية فى الرئتين او انسكابات دموية ايضا فى البطن او الجمجمة او القناة الفقرية والغالب ان فساد المخ وحده يحصل منه انخرامات وظيفية اقل مما اذا كان جميع المحور المخى الشوكى مريضا ويظهر ان هذا اللين يمتد دائما من المخ الى النخاع وتكون الاعراض اوضح واقوى كلما تقدم فساد النخاع وكثيرا ما وجد المخ فى الاطفال المولودين فاسدا بالكلية بدون ان يوجد فى الحياة علامة خارجة يظن منها وجود هذه الآفة ولا كذلك لين النخاع واختلاف قوام النخاع يعسر اعتباره فيوجد كثير اللين او قليله بدون امكان تحقيق هل هو كثير المرض او قليله اذ لا يسهل ان تعرف درجة التغير التى ابتدأت بها حالته المرضية ومع ذلك يصح ان يقال ان طرفى اللين والتيبس هما فى الحقيقة حالتان مرضيتان اذ لا يوجدان اصلا الا قليلا فى الاطفال الصغار بدون ان يوجد مدة

الحياة

الحياة اعراض ناتجة من هذه الآفات فيصح ان يوضع لذلك اصل كلى وهو انه يوجد فى اللين الزائد دائما شلل عام اى خمود للحساسية اما اذا زاد قوام هذا المنسوج العصبى فانه يوجد تشنجات اى زيادة فى الحساسية وكثيرا ما يوجد لين جزئى فى النخاع اى ان يكون زائد السيلان فى نصف طوله او ثلثه واما الباقى منه فيكون فى قوامه الطبيعى وذلك اللين يوجد غالبا فى الثلث العلوى ثم يأخذ فى النقص كلما قرب الى الطرف السفلى ويمكن ايضا ان يوجد تيبس جزئى موضعى فمن ذلك ما يوجد من التيبس العظيم الاعتبار فى الانتفاخ القطنى بخلاف الباقى من النخاع فانه يتحول الى شبه مرقة قال بليار وما شاهدت اعراضا مخصوصة لهذا النوع الموجود فى المنسوج النخاعى للاطفال الصغار ولا اعرف السبب الذى ينسب له ايضا وقد يشاهد ايضا لين الثلث السفلى واما الجزء العلوى فيكون متين القوام فقد اتفق فى طفل كان معه التهاب نخاعى حينما كان سنه ستة اشهر ومات فى سن ثمانية عشر شهرا فوجدت فيه لينا واضحا فى الانتفاخ السفلى للنخاع ومما ينبغى التنبيه عليه هو ان هذا الطفل كان مشلول الطرفين السفليين بحيث لا يمكنه امساكهما فى حالة من الاحوال بل يزحف ويسحبهما خلفه وكثيرا ما شاهدت هذا الشلل فى الاطراف السفلى مع الاطفال الذين قبل ذلك بلغوا السن الاعتيادى للمشى واظن ان هذه العاهة ناشئة من آفة فى النخاع الشوكى ويمكن ان يكون ذلك من استسقاء سلسلى مزمن وبالجملة ينبغى الاجتهاد فى تحقيق مثل ذلك بالبحث الكثير انتهى

والتقيح الذى يحصل من الالتهاب النخاعى يشبه التقيح الذى يحصل فى المخ وسنذكره فى الالتهاب المخى فالصديد تارة يتوزع مرتشحا فى منسوج النخاع وتارة يجتمع فى بورة اى خراج ويحاط ذلك الخراج اولا من جميع جهاته بالجوهر النخاعى ويمكن فيما بعد ان ينفصل عنه بكيس من تكوّن جديد والتولدات العارضية والاورام التى تظهر فى منسوج النخاع انما تتولد من الالتهاب المزمن الذى كان ازمانه اوليا او تابعيا وصفاته نظير ما يأتى لنا فيما يتولد فى المخ

ومن تلك التولدات ما هو غير آلى ومنها ما هو آلى كلا او بعضا وانظر بقية شرح ذلك فى تولدات المخ

وخلاصة تحقيق المقام ان اعراض الداء الموضعية التى يستشعر بها المميز هى الم فى المحل المحاذى لجزء النخاع الملتهب فاذا كان الالم فى جميع طول النخاع كان من النادر كون الالتهاب بسيطا وانما الغالب كونه مضاعفا بالتهاب الاغشية الفقرية وذكر بعض الاطباء ان الالم يزيد بالحركات والاستلقاء على الظهر وعلى رأى اولفيير انه يزيد بالضغط على النتوات الشوكية المحاذية لمحل التهاب النخاع ونتج من المشاهدات الصحيحة ان الالم يظهر فى الاحوال التى يكون مجلس الالتهاب فيها هو الجزء الخلفى من النخاع اما اذا كان مجلسه فى الجزء المقدم فان الالم يعدم رأسا وآفات الحركة او الاحساس تصحب دائما التهاب النخاع الفقرى نعم نعلم امورا واقعية كان فيها فساد تام فى سعة عظيمة من النخاع مع انه لم يكن فيها عظيم تكدر فى الاحساس ولا فى الحركة لكن يقرب للعقل ان المشاهدين لتلك الامور غلطوا اما فى مشاهدة الاعراض واما فى شرح تغيرات النخاع وعلى كل حال فآفات الحركة والاحساس الحاصلة من التهاب النخاع تختلف باختلاف ادوار هذا الداء والجزء من النخاع المشغول بالالتهاب ومصاحبته لالتهاب الاغشية الفقرية اوعدم مصاحبته ونقول ايضا على مقتضى المشاهدات الصحيحة للمتأخرين ان آفات الحزم المقدمة من النخاع تسبب تكدرات فى الحركة وآفات الحزم الخلفية تسبب تكدرات فى الاحساس وان الحركة والاحساس معا يتكدران اذا كان الالتهاب مستوليا على الحزم المقدمة والخلفية فاذا كان المصاب نصف النخاع فقط فى الطول لم تظهر الاعراض المذكورة الا فى جانب واحد فقط مع كون آفات الحس والحركة توجد فى نفس الجانب الذى فيه الالتهاب وذلك عكس ما يشاهد فى امراض المخ هذا وقد ذكرنا ان تكدر الحس والحركة يختلف باختلاف ادوار الداء ففى دور التهيج يوجد ازدياد واضح فى الحس والحركة وفى دور الفساد والانضغاط انما يوجد مجرد نقص او شلل تام فيهما

والظاهرات الاول التى تشاهد غالبا فى ابتداء الالتهاب النخاعى الحاد هى كما قال اولفيير خدر مؤلم فى اصابع اليدين او الرجلين مصحوب بتعب فى الحركة واحيانا بحس برد وربما حصل ايضا تشنجات جزئية اوعامة فى ابتداء هذا الالتهاب بدون ان يوجد تخيل متعب ويحصل مع ذلك تعسر فى الحركات وقد يشاهد تيبس تيتنوسى واحيانا يبدل الخدر بآلام شديدة تثير صياح المريض ولا يتحمل ادنى لمس فاذا بقى الداء على سيره حصل عقب هذه الحالة التشنجية ضعف واضح فى الحركة والحس للاعضاء التى تتوزع اعصاب الجزء النخاعى المريض فيها وفيما تحتها فلذلك لا يتيسر للمريض الوقوف ولا المشى او اقله ان يحصل فى ذلك تخلخل ويعسر ان يقبض على الاشياء باطرافه العليا واحيانا تعدم الحركة من تلك الاعضاء بالكلية فاذا انضم للشلل العضلى شلل الحس واصاب هذا الشلل المزدوج الاطراف كلها او جزأ من الجذع والمثانة والمستقيم كانت حالة المرضى حالة اسف وحزن

وقد ذكرنا ان مجلس الالتهاب ينوع سعة آفات الحس والحركة فاذا كان الجزء العلوى او الجمجمى هو الملتهب شوهدت اعراض مهولة كاعراض داء الكلب فان كان المصاب من النخاع هو الجزء العنقى شوهد غالبا الم شديد فى القفا وفى الجزء العلوى من العنق وتيبس واضح فى عضلات هذا القسم وكذا فى الاطراف العليا وقد يشاهد فى تلك الاطراف حركات تشنجية ويكون التنفس فى تلك الحالة غالبا شاقا حجابيا حاجزيا فان كان المصاب هو الجزء الظهرى الذى بين الانتفاخين شوهد على الخصوص اهتزازات تشنجية مستدامة فى البدن ولا تشاركه الاطراف فى ذلك مالم يشغل الفساد جزأ من الانتفاخات والتنفس حينئذ يكون قصيرا سريعا ويفعل بتأثير عضلات التنفس الخارجة ويوجد ايضا خفقان وضربات للقلب غير منتظمة فاذا كان المصاب من القسم الظهرى هو الجزء السفلى منه والجزء القطنى شوهد بالاكثر حينئذ شلل فى الاطراف السفلى وسيلان غير ارادى او احتباس للغائط والبول والم عميق محدود فى القسم القطنى ويحصل للمريض احيانا مغص شديد

وانقباضات تشنجية فى جدران البطن وحس ضيق شاق فى هذا القسم ذكر ذلك كله اولفيير وتلك الظاهرات تحصل سواء كان الداء حادا او مزمنا غير انه اذا كان مزمنا كانت قليلة الشدة بطيئة السير بل ربما خفى التشخيص منها على الطبيب الضعيف واما الاعراض الاشتراكية فنقول فيها اذا كان الداء قليل السعة غير مضاعف بالتهاب الاغشية كان من النادر ان يحرض الحمى اما اذا عم الالتهاب جميع النخاع وذلك لا يحصل كما قلنا بدون ان يكون معه التهاب الاغشية الفقرية فانه قد يكون هناك حمى قوية كما يحصل ذلك فى التيتنوس الذى هو داء يظهر انه نوع من انواع الالتهاب الغشائى النخاعى قال اولفيير والنبض فى دور الحدة يكون غالبا سريعا واضحا غير منتظم اهتزازيا ويكون التنفس متواترا

واسباب هذا الداء فى الاطفال كاسبابه فى الكبار كالسقطات والضربات والتقرحات التى مجلسها على العمود الفقرى وتسوس الفقرات والرياضة المتعبة المستطيلة والتعرض للبرد الرطب او التغيرات المتعاقبة من الحر والبرد وربما حصل التأثر فى النخاع من عضو بعيد وربما حصل من تأثير الخنازير كما تنتج هذه ايضا امراضا اخر لكن هذا السبب بعيد

وانذار هذا الداء ثقيل فى الاطفال كغيرهم ولكن يختلف ثقله على حسب مجلس الداء فالتهاب الجزء العلوى من النخاع اخطر من التهاب الجزء القطنى وسبب ذلك ان فاعلات حركات التنفس فى الحالة الاولى تكون مهددة بالشلل واما الاطراف السفلى فى الحالة الثانية فتكون وحدها معرضة لهذا الشلل فشلل هذه الاجزاء الاخيرة ليس له تأثير واصل فى الوظائف الحيوية بخلاف شلل عضلات التنفس فانه يعقبها الموت وبالجملة هذا الداء ثقيل بسبب طبيعة الوظائف التى يتممها النخاع وبسبب شلل الحس والحركة الذى قد يكون نتيجة لالتهابه فمن المهم عدم اهمال علاجه قبل ان يحصل الفساد المحزن فى الجزء المشغول بذلك الالتهاب

العلاج * هو لا يختلف عن علاج الالتهاب المخى الآتى وانما نقول على سبيل

الاختصار

الاختصار اول ما يبتدأ به فى العلاج هو مضادات الالتهاب كالاستفراغات الدموية اذا كان الالتهاب عظيم السعة والمريض قوى البنية دمويا ويعان فعلها باستعمال الحمامات الحارة والضمادات والكمادات على العمود الفقرى والمشروبات الملطفة والحمية القاسية فى الايام الاول ويصح ان يضم لذلك الافيونيات فى الاشخاص القابلين للتهيج وفيما اذا كان الالتهاب مصحوبا بآلام شديدة ويداوم على ذلك العلاج مادامت الظاهرات التشنجية موجودة اى مادام دور التهيج فاذا انحط الالتهاب دووم على الاستحمامات والمرخيات والمشروبات المرطبة والراحة فاذا انتقل الداء لحالة الازمان دووم على تلك الوسائط لكن بخفة ثم استعمال المحولات والمصرفات كالحراريق على القسم القطنى فاذا لم تنفع تلك الوسائط وحصل فى الاطراف او البدن شلل تام او غير تام فى الحس او الحركة اوفيهما معا لم يكن وسائط لذلك الا المنبهات كالصب والاطلية الطيارة والمرهم الانتيمونى ونحو ذلك على القسم القطنى ويستعمل جوز القىء او الاستركنين او الجلوانية معا او متعاقبة لكن ماذا تغنى هذه الوسائط المنبهة اذا كان الشلل نتيجة فساد تام فى جزء عظيم السعة من النخاع او انضغاط فى هذا العضو حصل من ورم عارضى ناتج من الالتهاب ففى تلك الاحوال لم يكن لتحليل ذلك الاوسائط الطبيعة اذ لا يمكن الوصول لتلك الاورام والتولدات الموضوعة فى عمق هذا العضو اللطيف فاذا كان هناك احتباس فى البول او الغائط بسبب شلل فى المثانة او المستقيم اطلق ذلك بالوسائط المناسبة كالقاثاطير والحقن

المطلب الرابع

فى التهاب المخ

التهابات المخ فى الاطفال المولودين يعسر جدا تحقيقها وبالاختصار الظن انها تكون اقل كثرة من احتقاناتهم المخية التى شرحنا سابقا درجاتها واعراضها ومع ذلك اذا ظهر التهاب غشائى مصحوب باستسقاء مخى يكون الاولى على ظنى ان ينسب للالتهاب هذا النوع من الانتفاخ الموجود مع ذلك فى المخ الذى

يكون جوهره متينا واحيانا سنجابيا رمادى اللون وزائد الاحتقان دائما ويظهر كأن المخ فى هذه الحالة محبوس فى اغشيته واذا شق فر منها بسرعة ويلزم ان تكون هذه الحالة ناشئة اولا من الانصباب المصلى فى التجاويف البطنية وثانيا من فوران حقيقى التهابى ذكره بدلوت وجرسان وقالا انهما شاهداه وخصوصا فى حالة الاستسقاء المخى وتيبس الجوهر المخى يشاهد كثيرا بدون ان تتيسر مشاهدة بعض اعراض له مدة الحياة ومع ذلك شاهدت مرتين فقط بعض حركات تشنجية فى وجه طفلين وجد فى مخهما احمرار رملى شديد جدا مع قوام متين فى منسوجه وذكر بوليود حالة تقرب من ذلك لطفل عمره خمسة اسابيع ومات بعد ان حصل له انقباض فى الاطراف وانتصاب تشنجى فى العنق واحتقان دموى فى المخ الذى كان جوهره متينا ايضا

والغالب انه يعسر تعيين الاعراض المخصوصة بالالتهاب المخى واصعب من ذلك ايضا تحقيق وجود هذا الالتهاب منعزلا فى الاطفال الصغار مع ان هنالك تميزا وفرقا مؤسسا على المشاهدات الواقعية الصحيحة ذكره لالمند وهو ان اعراض التهابات اللب المخى الحقيقى تقوم بالاكثر من تكدر فى الوظائف العقلية واما اعراض التهاب الاغشية المخية فتقوم بالاكثر من تشنجات مع هذيان او بدونه فاذن كيف نشاهد نتائج وعلامات الهذيان فى الاطفال الرضع الذين قواهم العقلية تقرب من ان تكون معدومة بالكلية فيمكن ان يوجد فساد تام او قريب للتمام ولا يشاهد عرض قط يدل عليه ويموت الطفل بدون ان يظن بعلامة من العلامات وجود ذلك الفساد فى الجزء المخى المصاب فاذن لا يستغرب من ان يظهر فى هذا السن التهاب مخى ثقيل بدون اعراض تدل عليه ويمكن ان توضح هذه الظاهرة المخصوصة بالسن وبامراض الاطفال الصغار بقلة الاهتمام والمنفعة فى النصفين الكرويين اللذين تركيبهما لم يزل الى الآن ناقصا فيمكن بدونهما ان يعيش عديم الرأس بدون ان يحصل منه تشنجات كما شاهدنا ذلك فيما سبق

واما التهاب الاغشية فبالعكس فان الاغشية المخية الفقرية متى تهيجت

اوالتهبت

اوالتهبت حصل منها حالا تشنجات فى الوجه او الاطراف وانقباضات تيتنوسية تختلف شدتها او آلام وصياح وقلق وكل ذلك يستدعى انتباه الطبيب لان مجموع هذه العلامات يدل دلالة قوية على التهاب الاغشية المخيه وقد يشاركها اللب المخى او النخاعى فى الالتهاب وقد يبقى غريبا عنها ولا يمكن ان تميز الاحوال التى يوجد فيها هذا التضاعف عن التى لا يوجد فيها قال بلياروهذه الاعتبارات الكلية تنزل على احوال كثيرة لكن نقول ايضا ان لها استثناء فقد تشاهد اعراض لالتهاب المخ تستدعى انتباه الطبيب وان كانت خفيفة غير جيدة الوضوح فى الاطفال ولا فى البالغين وهاهو مثال من ذلك فيه التهاب معدى معوى ومخى فقرى

طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى فى الثامن والعشرين من سبتمبر فكان منتقع اللون بدون ان يكون نحيفا وشوهد معه بعض انقباضات تشنجية فى الشفتين والاجفان ولاسيما فى الجانب الايسر وكانت الاطراف من الجانبين متخشبة اوذيما وية وصياحه حاد اوقليل الثبات والنبض بطيأ جدا واما حرارة الجلد فكانت اعتيادية (علاجه حمام خردلى قدمى وثلاث علقات على الجانب الايسر من الرأس وماء الزيزفون محلى) وفى التاسع والعشرين بقيت التشنجات وصار التنفس متواترا وحصل له قئ وسال من انفه مواد مدممة وانتفخ القسم المعدى قليلا واذا ضغط عليه تألم الطفل من ذلك وتقطب وجهه وكان نبضه صغيرا ضيقا ولون الجلد يرقانيا غامقا (علاجه ماء الشعير وشراب الصمغ واربع علقات على القسم المعدى والحمية) وفى اليوم الاول من اكتوبر لم يحصل للنبض اسراع شديد وانما كان يضرب فى الدقيقة ثمانيا وثمانين ضربة وكان اللون اليرقانى للوجه اقل شدة والتشنجات تكاد ان لا تحس واوذيما الاطراف اخذت فى التقدم وعرض الموت فى صباح اليوم الثانى من اكتوبر ولما فتحت جثته وجد كل من الفم والمرىء سليما ووجد فى سطح المعدة احمرار مخطط مع تغير فى الاجربة ووجد الغشاء المخاطى للمعا الدقيق ابيض باهتا وابتدأ فى اللين وكان ذلك اللين اظهر كلما تقدم نحو القسم اللفائفى الاعورى ووجد

فى قولون اندفاع كثير من اجربة غير متقرحة والكبد عديمة اللون والصفراء
قليلة الكثرة مسودة ووجدت الرئتان سليمتين والقمحات الجنينية اخذت
فى الانسداد وتجاويف القلب متساوية الابعاد والاقطار والمخ مصفرا لينا
وابتدأ فى ان تنتشر منه رائحة الادروجين المكبرت ووجد انصباب دموى مع
لين مصفر لبى فى الجوهر المخى الذى فى الجزء المقدم من النصف الكرى الايمن
وذلك اللين يشبه مشابهة قوية ما ذكره لالمند فى الكبار البالغين وسعته
نحو نصف قيراط ووجدت الاغشية محتقنة بالدم والنخاع الفقرى شديد اللين
يقرب للسيولة ومصفرا ووجد انصباب دموى عظيم على طول السلسلة
واحتقان عظيم فى اغشية النخاع ورشح مصلى مع تصاعد غاز بين الام الحنونة
والعنكبوتية فى الجزء الخلفى من النخاع ففى هذه المشاهدة شوهدت اعراض
خفيفة مصاحبة لالتهاب فى المخ بل وفساد واضح فيه وذلك كبعض حركات
تشنجية فى الاجفان والمقلة وانجذاب تخاطيط الوجه لجهة اوالاخرى فهذه هى
الاعراض التى يغلب وجودها فى التهاب المخ فى المولودين ويمكن ان يكون
التهاب المعدة هنا هو احد الاسباب المهيئة لالتهاب المخ وهذا لا يكثر الا فى سن
متقدم عن ذلك والظاهرات المتقدمة لالتهاب المخ فى الاطفال الرضع هى
النعاس المستدام وقد يكون عسرا متقطعا والصياح الكثير وحرارة الرأس
وكثرة اخذ الثدى والقىء امافى الاطفال الذين سنهم متقدم عن ذلك
فاوجاع الرأس والهبوط وتقطب الوجه وقلة الاعتناء باللعب وعدم الشهية
والاضطراب فى النعاس والتيقظ بانزعاج وعسر التنفس والتقايى واحيانا
هبوط وتلبك فى الكلام وتميل ووخز فى ذراع وساق بل فى نصف الجسم اوفى
احد الجانبين مع ضعف فى الحركة وبعض نوب خفيفة صرعية وتغير فى الصفات
والاعتيادات والافعال والنوم وشغل العقل وغطمشة البصر ودوار وسدر
وطنين فى الاذن واختلال فى الذهن وغير ذلك

والصفات التشريحية لالتهاب المخ تختلف بحسب ادوار الالتهاب ولكن ترجع
على رأى بوليود الى ستة رئيسة الاول اللين مع ترشح الدم الثانى اللين مع

ترشح

ترشح الصديد الثالث الخراجات الجديدة الرابع الخراجات المتكيسة الخامس التيبسات او الاورام الحمر السادس التيبسات الرقيقة الغير المنتظمة والآثار الالتحامية وسير تلك التغيرات على حسب ادوار الداء ترجع الى ما سيذكر الاول دور الاحتقان اى فيضان الدم بدون آفة كبيرة فى جوهر المخ فيكون محقونا بالدم احمر منتفخا متين القوام اكثر من العادة والدم فى هذا الدور لا يكابد عظيم تغير وقد يكون ذلك الاحتقان قويا بحيث يقطع بعض اوعية شعرية فيرشح الدم فى جوهر المخ وتتكون من ذلك اكدام وبورات سكتية محدودة الثانى دور اللين او التقيح بحيث يعدم المخ قوامه وقوة استمساكه فيتمزق من ادنى فعل وربما اجتمع ذلك مع رشح دموى اوصديدى اودموى صديدى الثالث تكون خراجات متكيسة او غير متكيسة وآثار التحام فكأن الصديد رشح اولا فى لب المخ فمزق الخلايا التى كان سائلا فيها وانضم بعضه حتى تكون منه بورات ثم تلك الخراجات اما جديدة يباشر صديدها الجوهر المخى واما عتيقة فتكون فى غشاء سميك يسمى لها بالكيس وحجمها مختلف فقد تكون كبيضة الدجاجة ويتصاعد من صديدها غالبا رائحة نتنة ويكون لونه ابيض مصفرا واحيانا مخضرا وقد يكون جزء منه سائل وجزء متجمد يسبح كندف فى وسط السائل وكيفية تكون الكيس كتكون الاغشية الكاذبة بان تتكون قطع زغبية كأنها ليفية تغشى جدران البورة ثم تكتسب هيئة آلية تامة محتوية على شبكة وعائية من جميع انواع العروق تتفم باوعية المخ المحيط بها وقد يلتصق الكيس بجوهر المخ ويكون فى الابتداء صفيحة رقيقة سهلة التمزق تشبه بيت العنكبوت فى الدقة ثم تسمك تدريجا بل ربما تكونت عليه طبقات جديدة مادية تصير آلية وكثيرا ما توجد مؤلفة من ثلاث وريقات او اربع وكلما قدمت الاكياس كانت الوريقات اكثر وقد يتحول الكيس الخلوى الى منسوج ليفى اوليفى غضروفى بل او عظمى وقد يمتص سائلها فتتقارب اسطحتها وتلتصق فالآثار الالتحامية التى اعتبروها آثار بورات سكتية امتص سائلها الدموى انما هى فى الحقيقة بقايا تلك الخراجات وتتميز تلك الالتحامات عن

غيرها بالمثانة الزائدة الرابع تكون مستنتجات عارضية اى اورام مختلفة الطبيعة تنتج من فيضان الدم بواسطة التهيج الطويل المدة او من الصديد المرتشح فى جوهر العضو حتى يصير آليا يتكون منه الاسقيروس والسرطان والمواد الشبيهة بالمخ والدرن والميلانوس اى المواد الحبرية ونحو ذلك فنعلم ان ذلك انما ينشأ من الالتهاب الطويل المدة

تشخيص الالتهاب المخى * هذا الالتهاب يكون فى الغالب تابعا لالتهاب غشائى مخى واعراضه تكاد ان تختلط باعراضه ودوره الاول يسمى دور الاحتقان او التهيج وتتزايد فيه بعض وظائف مخية فمن ذلك يشاهد هذيان واضطراب عام واهتزاز فى الاوتار وحركات تشنجية وشدة حساسية فى الحواس واحساس بالم عام وتلك ظاهرات للاحساس كالتشنجات للوظائف الانتقالية والهذيان للوظائف العقلية ويضم لتلك الاعراض الموضعية اعراض اشتراكية تختلف شدتها باختلاف شدة الالتهاب وقابلية التهيج فى الشخص كالحمى وجفاف الجلد وسرعة النبض وقوته وصلابته وكون التنفس متواترا نزعيا انينيا والنفس محرقا والوجه احمر والعين محتقنة والحدقة منقبضة واللسان احمر جافا محدد الطرف والعطش شديدا والشهية معدومة والبول متكدر اللون قليلا وبقية الاعراض التى توجد فى التهاب الاغشية والدور الثانى يصح ان يسمى بدور هبوط القوى العقلية او دور الانصباب والتقيح واعراض ذلك نعاس عميق وخمود فى الحواس او عدمها بالكلية وتمدد فى الحدقة وشلل فى الوظائف الانتقالية ومن ذلك يحصل انحلال فى الاطراف ويصير النبض صغيرا او شديد السرعة او ابطأ مما فى الدور الاول وكثيرا ما يكون متقطعا غير متساو ويصير التنفس ايضا عميقا قليلا غير منتظم شخيريا واحيانا يتوارد عليه كالنبض ايضا تواتر وبطئ ويغطى الجلد بعرق لزج وتبرد الاطراف اذا كان انتهاء تلك الحالة السباتية بالموت والدور الثالث هو دور فساد الجوهر المخى الذى هو صفة الالتهاب المخى العام المزمن وذلك ان المريض اذا لم يمت بهذا الالتهاب المخى العام الحاد ولم ينته هذا الالتهاب بالشفاء انتقل ذلك الداء

الحالة الازمان فحينئذ يعرض ببطئ فى الوظائف العقلية الانخرامات التى تسمى بالاختلالات العقلية والشلل العام

واما تشخيص الالتهاب الجزئى فهو وان كان عظيم الاهتمام الان موضوع كتابنا لا يتحمله نهايته ان نذكرهنا على سبيل الاختصار الاعراض الموضعية التى تؤخذ من الوظائف الانتقالية والاحساسية والعقلية جاريا ذلك فى الادوار الثلاثة

الدور الاول دور التهيج البسيط اى الاحتقان * (آفات الوظائف الانتقالية) اذا كان الالتهاب الجزئى للمخ متليفا من جميع المضاعفات يكون العرض اللازم له هو الانقباض التشنجى لبعض اجزاء من المجموع الانتقالى فاذا كان ذلك الانقباض شاغلا للاطراف كانت منثنية نصف انثناء مع تيبس بحيث لا يمكن مدها ولا يتيسر لها ان تتحرك بالارادة فاذا كانت عضلات جانب من الوجه هى محلس الانقباض الدائم المذكور نتج من ذلك زوغان فى مجمع الشفتين للجانب المخالف للنصف الكرى الملتهب وذلك عكس مايشاهد فى النزيف المخى فاذا كانت احدى العضلات الجفنية هى المصابة بذلك كانت نتيجة ذلك هى انطباق العين وذلك الانطباق القوى يختلف عن مايكون نتيجة انضغاط خالص بسيط فى المخ كما يحصل ذلك فى النزيف الدموى او المصلى فى المخ فان انطباق العينين اذ ذاك يكون ضعفيا ناتجا من شلل العضلة الرافعة للجفن العلوى ويشاهد فى كثير من المصابين بالالتهاب المخى الجزئى نوب تشنجية تختلف شدتها تشبه احيانا نوب الصرع فاذا ظهر هذا العارض فما ذاك الا لكون الالتهاب الجزئى ضوعف بالتهاب غشائى مخى اثر ايضا على المجموع المخى كله (آفات الوظائف الاحساسية) بعض المصابين بالمخى الجزئى يشكون بحرارة والم فى قسم الرأس المحاذى لمحل الالتهاب وكثيرا مالا يظهر ذلك ويظهر ان نسبته لالتهاب الاغشية اولى من نسبته للالتهاب المخى نفسه فوظائف الحس يندر ان تزيد وتقوى مالم يتضاعف التهاب المخ بالتهاب الاغشية وانما نقول ان الاطراف المنثنية نصف انثناء اذا اريد انبساطها يحصل منها غالبا احساس بالم شديد لكن اذا كان الالتهاب شاغلا لقاعدة المخ

كما يحصل ذلك كثيرا للاطفال كان كثيرا ما يحصل تزايد عظيم فى الاحساسات
(آفات الوظائف الآدابية والعقلية) اذا لم يشغل الالتهاب الاجزاء من احد
النصفين المخيين وبقى النصف الآخر سليما لم يحصل غالبا فى الوظائف المذكورة
آفة مهمة ويظهر فى هذه الحالة ان النصف السليم يكفى لاتمام هذه الوظائف
اما اذا أثر احد النصفين فى الآخر وامتد الالتهاب اليه فانه يعرض هذيان
مختلف باختلاف سعة التهيج وشدته ومجلسه فى احد النصفين
دور التقيح واللين والفساد * (آفات الوظائف الانتقالية) تبدل الحالة
التشنجية تدريجا بحالة انحلال وخمود فاذا رفع الطرف الذى انقبض اولا
سقط بكتلته ومجمع الشفتين الذى كان مجذوبا للجانب المقابل للنصف الكرى
بسبب التشنج العضلى يرجع تدريجا لوضعه الاعتيادى ثم فيما بعد اذا اصيبت
العضلات المنقبضة بالشلل شوهد كما يشاهد فى السكتة زوغان الفم للجانب
المحاذى للنصف الكرى المصاب ففى هذه الحالة يكون الخد المحاذى للشلل
مسترخيا كشئ معلق ثم لا يخفى ان المشهور عند الناس ان الشلل كالتشنجات
ايضا يظهر فى جانب الجسم المقابل للنصف الكرى الذى ظهرت لنا فيه
الآفة باعراضها ويوضح ذلك التصالب بين مجلس الآفات الوظيفية للمجموع
الانتقالى ومجلس الآفات المخية بتصالب الحزم المقدمة للنخاع المستطيل نعم
ذكروا بعض حوادث من الشلل العضلى غير متصالبة اعنى محاذية للنصف
الكرى المصاب غير ان تلك الحوادث مستثنيات من القاعدة العامة اذا فرض
صحة تلك الحوادث واتقان مشاهداتها كما زعم ذلك بعض الاطباء ولا يمكن
تصور ذلك الا بفرض عدم التصالب فى الهرمين المقدمين من النخاع المستطيل
مع ان ذلك لم يحقق الى الآن (آفات الوظائف الاحساسية) شلل اعضاء
الحس الخاص لا يصاحب فى العادة شلل اعضاء الحركة والحس العام وذلك ناشئ
يقينا من كون اجزاء المخ التى تتراءس على فعل الحواس المخصوصة لا تكون
عادة مجلسا للالتهاب المخى الجزئى فشلل الحس لا يجتمع دائما اجتماعا لازما بشلل
الحركة واذا اجتمع كانت درجته ادنى من درجة الشلل العضلى ومع ذلك

ذكروا

ذكروا بعض امثلة فيها شلل الحس فى الاطراف مع بقاء ممارسة الحركات فيها ممارسة تامة ولكن يحتمل ان يكون الموجود حينئذ آفة اخرى غير الآفة التى فى المخ بل ربما تجاسرنا على تأكيد ذلك قهرا (آفات الوظائف العقلية والادابية) نتج من المشاهدات العديدة انه اذا لان نصف كرى فقط وفسد كلا او بعضا جاز ان تبقى الظاهرات العقلية والقوى الادابية حافظة لسلامتها ومع ذلك هنالك احوال تتغير فيها هذه القوى بل تتعطل بالكلية مع ان المصاب من الابتداء نصف كرى واحد وها هو التوضيح الذى ذكره لالمند لهذا الامر وعبارته اذا انتفخ جزء من المخ بالتهاب حاد لم يجد محلا ينمو فيه الى الخارج فمن انبساط النصف الكرى الذى هو فيه ينضغط النصف الكرى السليم فمن ذلك ينشأ الاحساس المخصوص بالتوتر المصاحب للصداع ويتضح من ذلك عدم دوام الموافقة بين سعة التغير المرضى وثقل الاعراض وكذا يتضح من ذلك الانتفاخ لاى شئ لا يوجد فى الجثة مثلا الالين سعة فى حجم بندقة مع ان المريض كان معه فالج تام ولاى شئ تفقد الاعين والاذان غالبا قوة الابصار والسماع ولاى شئ يصير الشلل احيانا فى آخر الداء عاما مع ان المصاب نصف مخى واحد وينسب لذلك السبب ايضا النعاس والسبات والفقد التام للقوى العقلية ويدل لصحة هذا البيان ان المرضى الذين معهم قحفة واسعة تسمح لمخهم ان يتمدد باطلاق الى الخارج تبقى معهم حاسة الابصار والسمع محفوظة سليمة فى الجانب الغير المصاب بالشلل ولا يحصل لهم الاضعف خفيف لهذه الاعضاء فى الجانب الآخر ويكونون سليمين من النعاس والسبات ونحو ذلك ويمارسون للوظائف العقلية الى نهاية الداء والذى يؤكد لنا هذا كله هو ان فى مثل تلك الاحوال اذا اريد معارضة خروج المخ ومنعه من ذلك سقطت المرضى حالا فى حالة سباتية وفقدت منهم القوى العقلية وبالاختصار يوجد فى الالتهابات الحادة المخية سببان للاعراض متميزان عن بعضهما احدهما تغير موضعى ينتج ظاهرات محدودة فى جانب الجسم المقابل للنصف الكرى المصاب وثانيهما نمو ينتج فيضانا عظيما ويتبع ذلك انضغاط الاجزاء الغير المصابة

وظهور الاعراض العامة كالنعاس والسبات وفقد المعرفة ونحو ذلك
فاذا لان النصفان الكريان معا وتقيحا وفسدا فى سعة عظيمة منهما نتج من
ذلك دائما تغير عميق فى الوظائف العقلية الادابية فتضعف هذه الوظائف
وتصاب بالشلل كالوظائف الانتقالية
دور نمو التولدات العارضية المختلفة * هذه التولدات العارضية مهما كانت
طبيعتها القشرية سواء كانت آلية اوغير آلية تكون كاجسام غريبة فيلزم
ان تغير الوظائف التى يكون المخ آلة لها سواء كانت تلك التولدات اسقيروسية
اومادة مخية اودرنية اوغير ذلك وسواء كانت آلية اوغير آلية فتؤثر تأثيرا
ميخانيكيا على الجوهر المخى المحيط بها ومن ضغطها عليه يحدث الشلل لكن
يقال فيما عدا الآفات العامة التى ذكرناها هل لكل من هذه الآفات
العارضية اعراض مخصوصة مميزة له عن غيره ونقول فى ذلك ان المؤلفين
الموثوق بهم وان ذكروا ما يفيد الجواب عن ذلك الا ان الغالب على الظن عدم
الوقوف على ذلك من الاعراض وليست الادلة قوية على اثبات ذلك بل
فى بعض الاحيان لاتظهر لتلك التولدات اعراض اصلا فى الحياة ولا يعلم
وجودها الا من فتح الموتى فقد يوجد فى كثير من الاطفال الصغار بعد الموت
درن فى المخ لم يحصل منه حال الحياة آفة وظيفية واضحة
فقد بان لنا حسب الطاقة ما يعرف منه وجود التهاب مخى جزئى فى ادواره
المختلفة وبقى علينا تشخيص القسم اوالجزء من النصف الكرى الذى هو مجلس
للداء ولنشرع فيه على مقتضى الحالة الراهنة للعلم فلاجل ذلك نذكر تنوعات
الاعراض التشنجية اوالانخرامية الغير المنتظمة اوالشللية على حسب كون
التغيرات الالتهابية شاغلة جزء كذا اوكذا من المخ اوشاغلة لجوهر كذا اوكذا
من جوهرى المخ ولنجعل ذلك مختصرا فى اربعة اقسام (الاول فى النسب
الموجودة بين مجلس آفات الوظائف الانتقالية ومجلس الآفة المخية التى
هى نتيجة الالتهاب) فاولا ان الآفات المختلفة للحركات المنسوبة للكلام
اى تقاطيع الصوت يظهر انها ناشئة من آفات الفصوص المقدمة للمخ

وفى

وفى ذلك اضطراب بين الاطباء يطول بنا المقام لوذكرناه وثانيا ان الشلل فى الطرفين السفليين اى عسر حركتهما يظهر انه يوافق آفات الاجسام المحززة ويمكن ايضا ان يوافق آفات الفصوص المتوسطة للمخ وثالثا ان مثل تلك الاعراض فى الطرفين العلويين يدل على تغير فى الطبقات البصرية اوالفصوص الخلفية للمخ ورابعا انه يعسر ان نعرف نسبة الشلل اوالتشنج فى عضلات الاعين والاجفان لاى جزء من الكتلة المخية ولكن هنالك امور واقعية كثيرة تحمل على ظن نسبة ذلك للآفات القريبة من الحديبات التوءميات الاربع والمحقق اكثر من ذلك هو ان شلل هذه الاعضاء لايوجد فى كثير من الاحوال التى يوجد فيها شلل ناتج من آفة فى النصفين الكريين سواء كان ذلك الشلل فى الاطراف اوفى الوجه اوفى اعضاء الكلام (الثانى فى النسب الموجودة بين مجلس آفات الوظائف الاحساسية وآفة التغيرات المخية) نقول يعسر علينا الآن بيان ذلك من الامور الواقعية فان من تلك الامور ما يفيد التباين والتخالف فمثلا منها ما يفيد شلل الشم بسبب تغير فى الفصوص المقدمة للمخ ومنها ما يفيد سلامة هذا الحس مع فساد هذه الفصوص فلانزال ننتظر مشاهدات جديدة تفيدنا بعض معارف فى التغيرات المخية الموافقة لآفات الوظائف الحسية المخصوصة وهى السمع والبصر والشم والذوق ولنلق النظر لحظة فى مسئلة اخرى وهى ما التغير المخى الموافق لشلل حس اللمس فتجربيات ماجندى وبيل يفهم منها ان الزوج الخامس العصبى هو الذى يحمل لاجزاء مختلفة من الوجه وللعين نفسها اصل حساسيتها اللمسية اوالعامة وان الاعصاب التى تذهب من الحزم المقدمة للنخاع الفقرى تنشر الحساسية فى الاجزاء الاخر من الجسم التى تحتوى على هذه الخاصة الثمينة فمن حيث ان اعصاب الحس لا ترجع مباشرة للنصفين الكريين المخيين يلزم ان لا يتعجب من كونه لم يشاهد فى اغلب احوال الالتهاب المخى الخالص البسيط وجود آفة عميقة فى الخاصة التى تكون تلك الاعصاب محلا اوموصلا لها بل يقرب للعقل ان تزايد الحساسية اواطفاءها فى احوال الالتهاب المخى

الجزئى ينشأ من كون الداء اثر بطريق الاشتراك فى المجموع الشوكى (الثالث فى النسب الموجودة بين نوع الآفات العقلية ومجلس الآفة المخية) لا يؤخذ من التفتيشات الكلينكية لذلك الاشياء يسيرة وتلك الاشياء مرتبطة برأى الطبيب الماهر جال حيث وضع لكل خاصة عقلية محلا معينا من المخ ولانطيل الكلام هنا زيادة عن ذلك (الرابع فى اختلاف الآفات الوظيفية على حسب كون مجلس التغير المرضى فى الجوهر السنجابى او فى الجوهر الابيض للمخ) ظن بعض المؤلفين ومنهم فوفيل ان آفات الجوهر السنجابى تسبب آفات فى القوى العقلية اما آفات الوظائف الانتقالية فتنشأ من آفات الجوهر الابيض واما الجواب عن مسئلة هل آفات الاحساس عموما توافق تغيرات الجوهر السنجابى او آفات الجوهر الابيض فيظهر انه يعسر الوقوف على ذلك من المستنتجات الكلينكية وقوفا صحيحا بل لا يمكن ان يعرف معرفة اكيدة هل الاحساسات يتراءس عليها المخ ام لا ومع ذلك يظهر ان الاحساس العام مجلسه فى النخاع الفقرى لا فى النصفين المخيين هذا ولم تزل الاطباء ولا يزالون مشتغلين بالبحث فى هذه الموضوعات ونرجو ان ينتج من ذلك فى المستقبل نتائج صحيحة توقفنا على الحقيقة ونفس الامر .

واما الاعراض السمباتوية اى الاشتراكية للالتهاب المخى الجزئى فكثيرة فاما تأثيره فى اعضاء الدورة فهو ان الالتهاب الحاد اذا كان شاغلا لجزء عظيم من المخ نتج من ذلك حمى تختلف شدتها اما اذا كان الالتهاب قليل السعة ولم يكن قوى السير كانت الحمى معدومة او تكاد ان تكون معدومة ومع ذلك يشاهد تكدرات فى الدورة فى الاحوال التى تكون الوظائف الانتقالية فيها مصابة اصابة عميقة فمن ذلك كثيرا ما يكون النبض بطيأ اذا ظهرت اعراض نقص القوى المخية وكان التنفس عسرا شخيريا واحيانا يكون النبض سريعا والوجه محتقنا احمر والجلد حارا اذا عرضت نوب تشنج عام او تشنجات صرعية مثلا فاذا انتهى الالتهاب المخى بالتقيح وسعى فى السير لا الى نهاية جاز ان يحصل من ذلك حمى دقية لكن هذه الحمى تكون عموما اقل مما فى اغلب الالتهابات

الاخر

الآخر المزمنة فى الاحشاء واما تأثيره فى اعضاء التنفس فهو ان حركات التنفس لا يحصل فيها تكدر زائد متى كان مجلس الالتهاب فى جزء من النصفين الكريين فقط اما اذا عم الالتهاب وامتد الى الاغشية المخية او للنخاع الشوكى اوغير ذلك جاز ان يحصل انخرام فى حركات التنفس فتبطئ وتضعف فى دور ضعف القوى المخية والشلل وتتواتر وتصير غير منتظمة وكأنها تشنجية فى دور التهيج اودور التشنج واما تأثيره فى وظائف الجهاز الهضمى فهو ان هذه الوظائف تصاب اصابة محسوسة كلما كان الالتهاب اعمق بحيث يثير الحمى القوية والقئ وان كثر فى بعض انواع التهاب الاغشية خصوصا فى الاطفال الا انه لا يوجد فى الغالب مع الالتهاب المخى الجزئى البسيط فاذا ظهرت اعراض نقص القوى المخية نقصا عميقا شاركتها فى ذلك وظائف اعضاء الهضم فاحيانا يحصل امساك واحيانا اسهال غير ارادى ومن المعلوم انه يعسر تحريض القئ فى احوال السبات العميق واما تأثيره على وظائف الجهاز البولى فيقال فيه ما قيل فى تأثيره على الجهاز الهضمى ففى احوال السبات ينقطع تطلب البول كما ينقطع تطلب التغوط وتنقطع الحركات التى تعين على التبول ولا يحصل هذا الافراز الا من الامتلاء والفيضان فاذا بقيت الحالة السباتية زمنا طويلا اضطر لادخال القاثاطير فى الغالب لمنع احتباس البول

اسباب الالتهاب المخى ومدته * هى كثيرة مختلفة فى الاطفال فان هذا الداء يوجد حتى فى المولودين بل توجد آثاره فى مخ المولودين امواتا ومن اسبابه الحركات العنيفة التى تحصل فى رأس الطفل عند الولادة وسقوط الاطفال على رؤسهم جميع ذلك تتولد منه عوارض يسمونها عصبية وتشنجية واستسقائية مع انها كلها منسوبة للالتهاب ومن اسبابه فى الاطفال ايضا الاندفاعات الجلدية فى فروة الرأس والالتهابات المزمنة فى الاذن والحفر الانفية وسيما المصحوبة بتسوس العظم وتهيج الاعصاب وخصوصا الاعصاب السنية واللثة فى زمن التسنين وكذا التسنين الشاق وغيبوبة اندفاع جلدى مزمن واما الاسباب

المهيئة فهى المحدثة ايضا لكن يكون تأثيرها بطيأ واما السير والمدة والانذار والتضاعف للالتهاب المخى الجزئى فهو ان هذا الداء قد يظهر بغتة وقد يظهر ببطئ تدريجى ومن ذلك انقسم هذا الالتهاب الى حاد ومزمن والمزمن ليس دائما اوليا وانما الغالب كونه تابعا للحاد فاذا اثر السبب بقوة وكان المريض صغيرا دمويا قابلا للتهيج كان سير الداء حادا اما اذا اثر ببطئ وكان قليل الشدة وكان المريض مقدما فى السن قليل الدموية خامد القوى العقلية باردها كان سير الداء فى الغالب مزمنا واما مدته فى الشكلين فلا يمكن تحديدها تحديدا حسابيا فهى تختلف باختلاف مجلس الداء وسعته وقوة المريض ومزاجه ومضاعفات الداء ونوع المعالجة وانذاره ثقيل وثقله يختلف باختلاف اعراضه

علاج التهاب المخ * علاج دور التهيج يلزم له الاستفراغات الدموية وتكرارها على حسب سن المريض ثم وضع المبردات على الرأس فتارة يستعمل الجليد المكسر بان تملأ منه مثانة نصف امتلاء وتغطى بها فروة الرأس مع الاحتراس على تجديد الجليد متى ذاب من الحرارة وتارة يصب على الرأس الماء البارد وينبغى الحذر من صب البارد على جميع اجزاء الجسم لان عموم وضع البارد يعين على احتقان الاحشاء غالبا وسيما الرئتان والمخ ولا يخفى عليك ما يستعمل مع ذلك من الحمية التامة واستعمال المشروبات المرطبة والمحمضة والمحللة والمرخية على حسب الاحوال والحقن الملطفة اوالزيتية وقد تستعمل المحولات احيانا من الظاهر ومن الباطن بعد الاستفراغات الدموية ووضع البارد اذا نقص الالتهاب بها فالمحولات من الظاهر كالحمام القدمى الخردلى والحراريق والمحاجم ومن الباطن كالملينات اى المسهلات الخفيفة اوالقوية وعما اشتهر نفعه جيدا من تلك المحولات الباطنة وكثر مدحه الطرطير المقيء يعطى جرعة فهذا لا ينبغى اهماله وان منع استعماله بعض الاطباء للقيء وسيما لالمند فانه ذكر جملة امور واقعية تثبت ثقل خطره علاج دور التقيح * اذا لم تنفع مضادات الالتهاب اواهمل استعمالها وانتهى

الالتهاب المخى بالتقيح يلزم مادام هنالك اثر للالتهاب ان يداوم على استعمال ذلك العلاج ويترك زوال ذلك للطبيعة بامتصاص الصديد المرتشح فى جوهر المخ فلو فرض ان فى المخ خراجا سواء كان حديثا اوقديما متكيسا وهذا شئ تعسر معرفته كان من اللازم اعطاء منفذ تخرج منه المادة الصديدية وذلك يكون بوضع الثاقب الجمجمى وكيف يمكن تعيين موضعه والوصول الى ذلك الصديد مع ان هذه العملية فى نفسها خطرة فيحتاج ان يترك ذلك للطبيعة ايضا فاذا فرض انه حصل فى الجمجمة انثقاب عارضى يمكن الوصول منه الى المجمع الصديدى المتكون فى جوهر المخ لم يتوقف فى توسيع ذلك المنفذ وهنالك حوادث واقعية تثبت نجاح هذه العملية

علاج المستنتجات العارضية التى قد تظهر فى المخ عقب التهابه المزمن * الواسطة لذلك هى استئصالها لانها اجسام غريبة اذا علم محلها وسهل الوصول اليها بالآلات وذلك امر عسر فيترك الامر فيها للطبيعة لما يلزم عليه من شق العظم والاغشية وانما يستعمل فى هذا الدور والذى قبله المسكنات والمخففات للالم فيؤمر بالمخدرات اذا حصل للمرضى آلام شديدة كما يتفق احيانا وسيما الاورام السرطانية حيث يكون الالم فيها واخزا كما قال ذلك جيورجيت ولا يخفى عليك علاج المضاعفات لهذا الداء كوضع القاثاطير زمنا فزمنا اذا حصل امساك للبول واستعمال الحقن الملينة اى المسهلة بلطف اذا حصل امساك للثفل ونحو ذلك

المطلب الخامس

فى التهاب المخيخ

هذا الداء نادر فى الاطفال ولو فرض وقوعه لم يختلف علاجه عن ماذكر فى علاج المخ فلا حاجة لاطالة الكلام فيه

المبحث الرابع

فى التشنجات

قال بليار هى فى الغالب نتيجة التهاب الاغشية الفقرية او المخية فاذا لم يوجد

فى الرمة اثر لالتهاب الاغشية فذلك اولا لكونه يعسر ان يميز احتقانها الضعفى
عن احتقانها الالتهابى وثانيا ان من المعلوم ان التهيج الواضح فى منسوج عضو
يمكن ان يحصل بدون ان يوجد زمن يظهر فيه اثر للالتهاب محسوس بحيث
يمكن تحقيق وجوده لكن لما كانت مشاهدة التشنجات مع التهاب الاغشية
اغلب واوضح فى الاطفال من عدم مصاحبتها لها كان من اللازم اختيار
كونها فيهم ناشئة من التهاب غشائى فقرى اومخى مهما كانت اشكالها
ودرجاتها وان سميت بالاكلمبسيا وبانقباض الاطراف وبالاهتزازات وغير
ذلك واثبت هذا الرأى الطبيب براشيه انتهى وقد سمى سوفاج الآفة التشنجية
الشبيهة بالصرع فى الاطفال الصغار فى السن بالاكلمبسيا وللطبيب كور
رسالة جليلة فى تشنجات الاطفال عرف فيها جيدا هذا الداء بصفاته فقال
هو داء يوصف بحركات متعاقبة شديدة غير اختيارية قصيرة المدة وانقباض
واسترخاء فى العضلات التى لا تنقبض عادة الا بالارادة وتوجد تلك الاعراض
غالبا مع فقد المعرفة وبدون زبد فى الفم انتهى وهذا التعريف صحيح مضبوط
منتخب خال عن الاضطرابات التى اختلف فيها المؤلفون عند تعريفهم
هذا الداء ومنه يعلم الفرق بينه وبين غيره من الامراض المشابهة له وهو معنى
قول دوجيس ان هذا الداء متميز اولا عن التشنجات اى الحركات التشنجية
التى تبقى فيها القوى العقلية مع المرضى سليمة ولا توقع الحياة فى الخطر وثانيا
عن الصرع الذى صفاته تقرب من صفاتها غير انها ليست مثله فى امر وهو انه
لا يتكون منها مرض مزمن حقيقى طويل المدة بحيث يمكن ان ينسب
للبنية اى يكون مرتبطا باستعداد فى الشخص انتهى

والاكلمبسيا فى الاطفال الصغار ينبغى ان تميز الى نوعين وان تشابها
فى الاعراض بل ربما اشتبه احدهما بالآخر مع انهما يختلفان فى السبب
والانذار والعلاج احدهما موضعى والآخر سمباتوى اى اشتراكى فالموضعى
يصيب المولودين دون غيرهم والغالب ان يكون نتيجة الطلق الولادى
او الشاق او المستطيل المدة او استخراج عنيف للجنين فاذا انضغط الرأس بقوة

من

من جهة الولادة وسيما اذا حصل فيه كسر ادّى الى انصباب دم على سطح المخ او بقي الدم واقفا او طافئا في الاوعية الباطنة وخصوصا اوعية الرأس بسبب انضغاط حصل في الطفل والمشيمة معا في رحم بقي منقبضا زمنا طويلا او بسبب انضغاط متتابع في الاقسام المختلفة من الجسم عند استخراج الجنين بالقدمين او اختنق العنق وحده من التفافات الحبل السرى عليه او انضغط على جدران الحوض عند المجيء بالوجه نتج من ذلك الحالة السكتية التي تكلمنا عليها فيما سبق وترتبط الاكلمبسيا بتلك السكتة قال دوجيس قد رأينا ان التشنجات قتلت طفلين استخرجا بالعملية القيصرية من بطن امرأتين ماتتا عن قريب وقتلت في مرة اخرى مولودا استخرجه بتلك العملية دواس من رحم امرأة حية فيصح ان يظن في الحالتين الاوليين ان الدورة لما وقفت في الام قبل خروج الجنين نتج من ذلك وقوفها فيه وحصول اسفكسيا امتلائية له كما في احوال انضغاط الحبل السرى واما الذي حصل في المشاهدة الثانية فيعسر توضيحه

والاكلمبسيا الموضعية تظهر احيانا في يوم الولادة وانما يسبقها اعراض السكتة كاللون البنفسجي وانتفاخ الوجه واتساع الحدقة واحتقان اوعية القزحية والملتحمة وعدم الحركة والسبات والاسترخاء او التيبس في الاطراف والحركات القوية السريعة للقلب واحيانا يبطئ ظهورها بحيث قد تبتدأ في الرابع وذلك نادر ففي مثل تلك الحالة تظهر الاكلمبسيا غالبا ولو بعد زوال العلامات السكتية بالكلية ببعض علامات مقدمة وهي الاضطراب والانين القصير وعدم انتظام التنفس وتلبكه الوقتي والحركات الفجائية الغير المنتظمة الغريبة والحول الوقتي والتثاوب المصحوب باهتزاز الفك الاسفل وكزاز الاسنان اوصريرها واحيانا تواردانتقاع واحمرار بل وعرق وهنالك علامة اكد من هذه العلامات التي ذكرناها وهي هيئة النعاس مع تيبس في قبضة اليدين المنثنيتين نحو الحافة الزندية من الساعد وتيبس الاصابع الموضوعة بطولها على راحة الكف مغطية للابهام المنثنية بقوة ويمكن بسهولة قهر هذا التيبس

لكن لحظة ما فقط فاذا اشتدت الدرجة جدا شوهد التيبس فى جميع الساعد وتكون الايدى منكبة انكبابا قهريا والعلامات المقدمة قد تزول بالعلاج المناسب والغالب ان يعقبها نوبة اونوب من الاكلمبسيا وتبقى فى فترات النوب بل قد تبقى بعدها احيانا مدة ايام حتى فى الاحوال الجيدة

وتعرف النوب بهيئة اندهاش وفزع واتساع يتبعه حالا احمرار وانتفاخ فى الوجه والعنق وتمدد فى الحدقة وانفتاح فى العينين وحول وانقلاب واضطراب اهتزازى سريع فيهما وتخاطيط الوجه تنقتل باهتزازات مثل ذلك والاطراف تضطرب ايضا مع كونهما متيبسة متمددة والشفة السفلى تنقلب نحو باطن الفم والفم نفسه ينجذب لجانب اكثر من الآخر ويكون التنفس متعبا شهيقيا بسبب تشنج العضلات الصدرية وتلك النوبة لا تدوم الا بعض دقائق وشوهد طول مدتها لكن فى احوال خلاف الاحوال المذكورة وعدد النوب يختلف كثيرا ثم تارة يحصل فى فتراتها رجوع تام للصحة وتلك دلالة جيدة وتارة تبقى حالة خمود فى القوى العقلية تؤدى تدريجا الى السبات ثم الموت الذى قد يحصل من ثنتى عشرة ساعة الى اربعة ايام بعد ظهور الاعراض الاول وهذا الانتهاء المحزن نادر ويدرك سببه جيدا كما يدرك فى الفالج والبله وكما يشاهد فى الاحوال النادرة جدا بقاء هذا الخمود مستعصيا بعد الاكلمبسيا وذلك انه يشاهد فى الرمة عادة طبقة سميكة من دم متجمد حول الفصين الخلفيين للمخ او المخيخ او النخاع المستطيل وتكاد البطينات ان لا تحتوى على شئ اصلا قال دوجيس ومارأيت فيها الا مصلا مدمما بل بمقدار يسير ويمكن ان يحصل الشفاء من ذاته اذا كان الانصباب قليلا او كانت الاكلمبسيا ناشئة من انضغاط فى المخ حاصل من سبب آخر كانخساف عظمة من عظام الجمجمة مثلا وكثيرا ما شاهدنا انخسافا حصل معه كسر وارتفع العظم شيأ فشيأ حتى رجع لمحله وزالت بزواله الاعراض التشنجية او الشللية التى نشأت منه

ولما كان الداء فى جميع الاحوال ناشئا من سبب مادى وتراكم الدم بفيضان

فى

فى الاوعية المخية اوانصب فى الجمجمة كان من المعلوم ان مضادات التشنج عديمة الفائدة وانما يلزم ازالة الامتلاء العام اوالموضعى واطلاق التنفس فهاتان هما الدلالتان الرئيستان للعلاج وقد ذكرت فى علم الولادة الوسائط الخاصة التى تنتجهما اذا حصلت العوارض بعد الولادة حالا وهى الفصد السرى والنفخ فاذا تأخر ظهور العوارض عن زمن الولادة لزم استعمال الفصد الشعرى بوضع علقة اوعلقتين على الصدغين اوخلف الاذنين ويسهل حينئذ ايقاف سيلان الدم والتحرز من النزيف المهلك اوالمضعف جدا ويظهر ان من النافع لذا طالت مدة الداء ان يحفظ البطن مطلوقا بالمسهل اللطيف وربما نفعت الابزنات القدمية المخردلة اذا كان العته عميقا واما الحراريق خلف الاذنين اوعلى الرأس فلا تناسب الاضدا للشلل الذى يمكن ان يصير بدلا عن التشنجات ومثل ذلك ايضا المروخات الزيبقية وغيرها من الوسائط المعينة على امتصاص السائل المنصب

واما الاكلمبسيا الاشتراكية فتظهر فى الغالب مدة السنتين الاول اعنى من نحو الشهر السادس من الولادة وقد شوهد انه تكرر مرات كثيرة مدة السنوات الاربع اوالخمس الاول نوب اكلمبسية ناشئة من آفة عضوية فى المخ كضموره وانصباب فيه محدود ونحو ذلك ولكن الداء حينئذ يشتبه بالصرع الموضعى وقد تحدث هذه الاكلمبسيا من وجود بعض ديدان فى الامعاء وتفريخ داء جلدى اندفاعى ولاسيما الجدرى ومن سوء الهضم وينبغى ان ننبه على ان القشعريرة عند ظهور معظم الآفات الحمية الالتهابية كالنزلة الصدرية كثيرا مايصحبها فى الاطفال الصغار نوبة اوثنتان اوثلاث من الاكلمبسيا وتلك النوب تختلف قليلا عن النوب التى ذكرناها قبل ذلك فهى دائما اعراض صرعية الشكل لكن لاتبقى بعدها عنها ولاسيما تا اوتبقى من ذلك يسيرا بل ربما ابقت فى مدة تمام المرضى الصغار بعض معارف فى عقولهن ويحكم بانذارها من العنف الذى يحصل لهم عند ممارسة الحركات التى تطلب منهم كاخراج اللسان ونحوه ولذلك كانت اقل خطرا وذكروا ايضا انها بشارة

حميدة اذا حصلت فى مدة تفريخ الجدرى ومع ذلك قد تتكرر احيانا وتثقل وتطول وفى كل مرة يصير الميل للسكتة اوضح حتى تحصل هذه السكتة بنتائجها الممكنة وهى الموت او الفالج او الشفاء التدريجى

ومن اللازم للعلاج معرفة ينبوع العوارض ومقاومتها مباشرة ومع ذلك لا يستدعى التسنين العسر شق اللثة الا اذا ظهرت الاكلمبسيا بصفة ثقيلة مغمة والا فيقتصر على الاستحمامات والحقن والمشروبات المضادة للتشنج كماء زهر البرتقان والمليسا والزيزفون ونحو ذلك والتريداس اى عصارة الخس البرى المستخرجة منه بالشق والخشخاش واذا تحقق وجود الديدان خصوصا بخروج شئ منها عولجت بمضاداتها وسوء الهضم يعالج بالمشروبات الشائية والعطرية او بالمياه المقطرة لتلك النباتات وربما بالمقيئات وتلك الواسطة الاخيرة استعملت على سبيل التجربة لاكلمبسيا الاطفال الصغار فى بعض البلاد ولا خطر فيها الا فى الاحوال التى فيها ميل قوى للسكتة اما فى غير ذلك فيظهر انها نافعة ومع ذلك قال دوجيس لا ارى من اللازم استعمالها حتى وان ظهر جدرى او نزلة صدرية اذا لم يكن هناك اعراض اخر تستدعى استعمالها فان كانت الاكلمبسيا ناشئة عن احتقان دموى فى المخ عرف بصفاته الخاصة كالوجه البنفسجى ونحوه كان الفصد الموضعى الزم كما فى الاكلمبسيا الموضعية وخلاصة ما فى المقام حسبما يؤخذ من رسالة الطبيب دوجيس ان الاكلمبسيا مرض مخصوص يظهر انه ناشئ من تهيج موضعى او سمباوى فى المخ وسيما فى الجوهر القشرى لتعاريج المخ والمخيخ وانها تارة تكون بطرز متقطع او نوب منعزلة عن بعضها صرعية الشكل وتارة يسبقها حالة سكتية تكون سببا لها او منسوبة معها للسبب واحد وتارة تتبعها هذه الحالة السكتية فتكون نتيجة لها وذلك يعطى للاكلمبسيا فى كلا الحالين الاخيرين حالة سكتية اى شبيهة بالسكتة اصلية او تابعية وتارة تظهر دائمة او مترددة فقط اى لها فترات غير تامة وتيتنوسية الشكل سواء ظهرت باعراض مختلطة ببعضها تكدر التشخيص او بالاعراض الخالصة التى سموها بالتيتنوس ونسبوه

للسن

للسن الموجود فيه فقالوا تيتنوس المولودين وذلك التميز ضرورى فى العمل اولا ان الداء اذا كان سمباتويا اى اشتراكيا او ذاتيا عولج بمضادات التشنج اوشفى من ذاته اذا ازيل السبب كما ان المقئ او المسهل يزيل المواد الفاسدة الهضم فتزول نتايج التخمة وثانيا اذا كان هناك احتقان او انصباب دم فى الجمجمة احدث الاكلمبسيا لزم استعمال الاستفراغات الدموية عند حصول الاعراض المقدمة وثالثا اذا ظهر الاحتقان الدموى مدة النوبة الاولى او فى النوب التابعة لها لزم المبادرة ايضا للاستفراغات الدموية ورابعا اذا كان سير الداء مزمنا مستداما امكن ان يظن وجود التهاب عنكبوتى او انصباب فقرى فيستعمل العلق والمصرفات ونحو ذلك ومثل ذلك ايضا اذا علم من وجود بعض شلل ان هناك انصبابا ضاغطا على المخ من الخارج او متعبا لوظائفه من الباطن

المبحث الخامس
فى التيتنوس

من المعلوم ان لفظة تيتنوس معناها من اليونانية تيبس او توتر عصبى او تمدد فهو داء يعرف باليبوسة والتمدد التشنجى لجملة عضلات كثيرة او قليلة واحيانا لجميع العضلات الداخلة تحت سلطنة الارادة فلذلك كانت لفظة تيتنوس انما تدل على عرض ذاتى لهذا الداء وهو التيبس العضلى واما مجلس الداء وطبيعته الخاصة فلا يزالان مجهولين واذا كان التيتنوس عاما بقى الجسم كله فى حالة تيبس لا يقدر على الانثناء لجهة من الجهات فاذا كان شاغلا للجزء المقدم من الجسم وكان البدن منحنيا الى الامام والاطراف قريبة له اى فيكون المنقبض هو العضلات القابضة للبدن والاطراف سمى امبرستوتونوس ومعناها من اليونانى تيبس من الامام فان كان انحناء البدن الى الخلف كان المنقبض هو العضلات الباسطة عكس الحالة السابقة فتكون الاطراف والجذع شديدة الامتداد ويوجد فى العمود الفقرى من الخلف تقعير واضح وذلك يسمى اوبستوتونوس اى تيبس من الخلف فان كان الانحناء لاحد الجانبين

سمى بلورستوتونوس اى تيبس من الجانب فان كان المصاب هو عضلات الفك فقط اى الرافعة للفك السفلى سمى تريزموس اى كزاز الاسنان بحيث لا يمكن تباعد الفكين عن بعضهما

وذكر بليار انه لم يشاهد هذا الداء فى المولودين الامرتين وكانت صفاته فيهما هى تيبس زائد فى العمود الفقرى وخصوصا كزاز فى الفكين قال ولم اجد فى رمتهما الا انصباب دم كثير متجمد فى السلسلة وكان ذلك الدم متصاعدا بين وريقتى العنكبوتية ومالئا للقناة النخاعية مبتدأ من النخاع المستطيل الى القسم العجزى فالاعراض التيتنوسية انما كانت ناشئة من هذا النزيف الفقرى على غلبة الظن انتهى قال اولفير ولا يشك احد الآن فى ذلك وعندى حوادث واقعية تقوى رأى بليار ذكرتها فى بعض كتبى ويؤخذ منها ان النزيف الفقرى يحصل منه دائما ظاهرات تيتنوسية فقد شوهد مولود مات فى اليوم الرابع من ولادته بعد ان اصيب بتشنجات تيتنوسية وكزاز فى الفكين فوجد فى جثته خلطة دموية شاغلة لجميع سعة القناة الفقرية بين الصفائح الفقرية والوجه الخلفى للام الجافية انتهى ويظهر ان هذا التيتنوس لا يختلف عن ما يوجد فى الكبار البالغين ولا يختص باقليم دون آخر نعم يختلف بالقلة والكثرة والتيتنوس الوفدى فى المولودين يكثر فى جنوب بلاد النمسا وليس لنوع الذكورة والانوثة تأثير فى كثرة الداء كما انه يصيب اطفالا اشهرهم تامة وبنيتهم جيدة وفيهم عند ولادتهم علامات الصحة التامة ومرضعاتهم امهاتهم واكثر وجوده فى فصل الشتاء ومفتتح العلامات التيتنوسية فيهم هى عدم امكان ممارسة مص الحلمة وتلك انما تكون نتيجة الصفات المقدمة للكزاز الذى يكون اولا متقطعا قليل الشدة ثم يصير مستدا اما شديدا ويتبعه تشنج عضلات العنق والظهر وغير ذلك وتكون الانقباضات التيتنوسية فيهم متقطعة وتكون اكثر شدة كلما كان المريض احدث فى السن اما فى دور متقدم عن ذلك فتشاهد حركة حمية مصحوبة بحرارة محرقة فى الرأس والظهر وتكون الاطراف متجلدة والاطفال فى مدة الداء تبقى دائما مضطجعة على جانبها بخلاف المصابين

بهذا الداء من الكبار البالغين فان الاستلقاء على الظهر هو الوضع الممكن لهم
وشدة الظاهرات التيتنوسية تكون على حسب قوة الطفل المولود فقد لا يكون
مع المولود الضعيف من الاعراض الا الكزاز اى التضايق التيتنوسى
فى الفكين وشوهد فى اغلب تلك الاحوال توافق بين ظهور التيتنوس والفعل
الذى تفعله الطبيعة لسقوط الحبيل السرى فقد شوهد سقوط الحبيل فى اربع
عشرة مرة قبل ابتداء الداء وفى تسع مرات عند ظهور الداء ومرتين بعده
واما المضاعفات التى تكون مع الداء فذكر بعض المشاهدين ان اليرقان المختلف
الشدة كان مع ثمانية عشر منهم والقلاع مع اثنين والتهاب الاجفان الشديد مع
اثنين ايضا ونزيد على ذلك ان هذه الاحوال فى هؤلاء الاطفال كانت ظاهرة
موجودة قبل ان يظهر التيتنوس واما مدة الداء فى هؤلاء المولودين فتكون
غالبا من ثلاثين ساعة الى ست وثلاثين او ثمان واربعين وربما طالت الى ثلاثة
ايام او خمسة او سبعة او تسعة بل شوهد مجاوزتها الثلاثين يوما وفى فتح الجثة
شوهد انصباب كثير من دم مسود سائل او فيه بعض كثافة فى القناة
الفقرية بين الام الجافية والصفائح الفقرية وفى بعض الاحوال لم يشغل
الانصباب جميع طول السلسلة وانما كان مقصورا على القسم العنقى او الظهرى
او القطنى وكثيرا ما كانت طبقة الدم المتجمد المتساوية الكثافة فى جميعها
فاصلة الاغشية الفقرية عن جميع دائرة القناة العظمية ويوجد فى الغالب احرار
وسموكة تختلف سعتها فى الام الجافية والام الحنونة واحيانا وجد احرار ايضا
فى النخاع الفقرى ولين او متانة فى منسوجه كانه متيبس وشوهد ايضا ترشح
دموى تحت العنكبوتية المخية مع الانصباب الدموى الذى فى السلسلة ايضا
واحيانا وجد هذا الترشح فى الاغشية المخية وحدها

وهذه النتايج التشريحية عظيمة الاعتبار وتؤيد ما اخترناه فاذا كان وجود
الدم فى الاغشية الفقرية يحدث على رأينا بملامسته للمخ فعلا مهيجا يتبعه
تشنجات تيتنوسية لم يقدح فى صحة رأينا كون مثل تلك النتايج تشاهد
اذا لم يرتشح هذا السائل الا فى خارج الاغشية لان مثل هذا التحجر الدموى

يكون دائما نتيجة تركز قوى للدم فى اوعية النخاع الفقرى واغشيته وتلك الظاهرة تصير سببا قويا للانقباضات التيتنوسية ولظاهرات اخر من ظاهرات التهيج التى تسبق الموت ويعسر علينا ان نختار تبعا لبعض الاطباء ان يكون لالتهاب السرة الذى يظهر قبل ظهور التيتنوس تأثير فى ظهوره لان هذا الالتهاب ظهر فى احدى عشرة مرة من خمس وعشرين مدة سير الداء ومع ذلك اذا كان هنالك فى الحقيقة ارتباط بين هاتين الحالتين المرضيتين ارتباط السبب بالنتيجة لزم ان يشاهد بكثرة وافرة ايضا تيتنوس المولودين لان من المشاهد الكثير الوجود طبيعة وجود التهاب اريتماوى فى السرة وسيما فى الاطفال ذوى الحبيل السرى الغليظ

وهنالك سبب قريب للعقل لتيتنوس المولودين وهو تأثير البرد وذلك لانه ثبت بالتجربة ان برد الجسم ينبغى ان يوضع فى الرتبة الاولى من اسباب هذا الداء الثقيل ولذلك شوهد ظهوره بالاكثر مدة فصل البرد الرطب وقد عرف من زمن طويل ببلاد النمسا ان الخطط الخالية عن الكنائس يكثر فيها تيتنوس الاطفال كثرة وافرة بخلاف القرى التى فيها كنائس فانه يكون فيها نادرا وذلك لان الاول يلتزمون السفر باولادهم الى الكنائس ليعمدوهم وينصروهم فيها بخلاف الثوانى فان كنائسهم عندهم فلا يحتاجون الى سير طويل

فهذه هى احوال التيتنوس فى المولودين اما احواله فى سن متقدم عن ذلك الى سن التمييز فشوهد متقطعا بنوب منتظمة مصحوبة بانثناء فى اليدين وانبساط فى الرجلين وتنتهى كل نوبة بعرق يعلن به تعب وخدر ويصحب النوبة حمى ويكون الوجه احمر منتفخا واسبابه حينئذ هى التأثيرات المؤلمة والمنبهات المهيجة والانفعالات النفسانية والتعب الشديد وانقطاع التنفس الجلدى دفعة والتعرض للهواء البارد اذا كان الجسم عرقا ووجود ديدان فى الامعاء والتخمة والتهيجات المعدية المعوية او المعدية المخية والآفات الجراحية كالوخز والقطع فى العضلات والاعصاب وسيما فى الاجزاء الداخل فيها اصول عصبية كثيرة كاليدين والرجلين واصابعهما فعلم كثرة حصوله للاطفال

من

من رداءة اللبن وعدم انهضام الاغذية والتسنين المؤلم وليس له اعراض مقدمة
غير اعراضه الدالة عليه كالتشنجات نعم اذا كان تأثير السبب ضعيفا كالسكنى
فى الاماكن الباردة الرطبة كانت له علامات سابقة كخدر الاطراف والتيبسات
العضلية التى تعرض نوبا منتظمة ثم تزول ثم تكتسب شدة وتتقارب لبعضها
حتى تصير نوبة واحدة يقوم منها مبدأ الداء واما التيتنوس الجراحى فقد يبتدأ
بآلام قوية فى الجزء المجروح ثم يتناقص التقيح حتى يزول وينتفخ اللحم ويجف
ويمتد الالم الموضعى على طول اعصاب اليد اوالرجل الى السلسلة ويسعى
الانقباض من العضلات القريبة الى البعيدة وربما حدثت اعراض معدية
ومخية ثم تثاوب ثم حركات تشنجية برهية فى الفكين والعنق وعضلات
الازدراد وتتوالى تلك النوب حتى يبتدأ الداء واكثر ما يبتدأ بالكزاز والحركات
التشنجية فى العضلات المضغية والصدغية فتتيبس ولا يمكن تمددهما فيلتصق
الفكان ببعضهما بحيث يعسر تباعدهما بل ربما اضطر احيانا لوسائط
ميخانكية كنزع سن اوسنين لاجل ادخال بعض سائلات فى الفم وبعض
المرضى لا يتيسر لهم ازدراد اللعاب فيسيل منهم بكثرة وربما مكث الداء
فى هذه الدرجة جملة ايام ثم تمتد الصلابة الى عضلات الوجه والعنق والبدن
والاطراف حتى تصير تلك الاعضاء غير متحركة ومستقيمة اومائلة لجهة من
الجهات بحيث تقاوم الحركات التى تفعل لانثناء الجسم ويمكن فى بعض
الاحوال ان يسند المريض من قدميه ورأسه على مسطحين مثبتين بدون ان
ينثنى بدنه ولو وضع عليه شئ ثقيل وهذه الحالة تسمى بالجمود ولكن يتخلل
تلك الانقباضات فترات غير منتظمة اى استرخاء عام يتبعه حالا تيبس جديد
زائد الشدة ويتأتى للمريض فى تلك الفترات استعمال بعض مشروبات وتحريك
اطرافه بالحركات الاعتيادية بحيث يظن حصول شفاء تام ثم مع وجود هذا
الانخرام لا تزال القوى العقلية محفوظة فاذا وجد هذيان كان نتيجة تضاعف
الداء بالتهاب مخى غريب عن الآفة الرئيسة وكذلك النبض لا يظهر فيه تواتر
وانما يكون احيانا صلبا فان كان فيه تواتر مع حرارة فى الجلد كان ذلك من التهاب

معدى معوى عارضى وبعض المرضى يسلمون من الآلام غير الناتجة من التيبس الذى لا يقهر لكن معظمهم يشكون باحساس شاق فى العضلات شبيه بالحاصل من الاعتقال بل ربما حرض فيهم صياحا مستداما شاقا وقد يمتد الانقباض الى العضلات الغير الداخلة تحت سلطنة الارادة كعضلات الازدراد والتنفس وسيما الحجاب الحاجز فمن ذلك يتعصر الحلق ويعسر الازدراد ويبطئ التنفس ويقصر ويتعسر وسيما فى نهاية الداء وكذلك العاصرة للشرج قد يمتد التضايق التشنجى لها فيضطر لقهر مقاومتها بانابيب تدخل حتى تجاوز حدود تأثيرها من الاعلى ويمتد هذا الانخرام الى الوجه فيصير احمر منتفخا واحيانا مزرقا وتظهر اعراض الاحتقان المخى الضعفى فتغور الاعين وتنشب فى الحجاج بسبب تيبس عضلاتها وتحتقن وتدمع وتكون كهيئتها فى الهيضة ويحصل الموت امامدة التقدمات السريعة المستدامة للداء فتبقى التشنجات شديدة دائمة ويضعف التنفس ولا يحس بالنبض ويظهر الاحتقان المخى ويزيد وتتغير تخاطيط الوجه ويغطى الجسم بعرق بارد لزج فتعدم الحياة حينئذ وكان ذلك نتيجة انتهائية للاسفكسيا التابعة لعدم امكان ممارسة حركات التنفس واما بان تطول مدة الداء ويصير مزمنا فلا يدع المريض فى الراحة حتى يتعاطى الاغذية وانما ينزح منه التأثير العصبى اويسبب انخرام نخاعه الفقرى فتهلك المرضى من الضعف والجوع ومنهم من يحصل له اعواد شديدة متعاقبة مصحوبة بآلام فى السلسلة ويموت فى مدة نوبة اشد واطول من النوب السابقة

واما وسائط العلاج فمنها ماهو تجريبى ومنها ماهو خارج عن حد العقل بحيث يعسر ترتيبها ترتيبا معقولا ولكن حيث عرف الآن كونه فى الغالب نتيجة اى عرضا التهيج فى النخاع الشوكى وان هذا التهيج تارة يكون اوليا والغالب كونه تابعيا وتارة يكون نتيجة لكل الم وكل اضطراب قابل لان يؤثر بطريق الاشتراك فى المراكز العصبية التى النخاع جزء منها فيلزم البحث عن سبب التشنج ويعالج ذلك السبب بما يستدعيه حاله والغالب ان يعالج كعلاج التهاب النخاع

مثل

مثل الاستفراغات الدموية كالعلق على طول السلسلة وتكون تلك الاستفراغات فى المولودين من السلسلة اومن التنوين الحلميين فاذا كان الاحتقان الفقرى عظيما وضع علق كثير من ابتداء الداء قال اولفيير وربما كانت قلة نجاح هذه الواسطة من عدم الجسارة على استخراج مقدار كثير من الدم فى هؤلاء الاطفال الصغار بل العلق القليل هنا مضر لانافع لان التهيج الشديد المسبب عن قرص العلق لايعادل النزيف الناتج منه اى فيكون اقوى منه فيزيد فى الاحتقان السلسلى الموجود ولا يقلله فتكون المحاجم التشريطية احسن من العلق لان الم التشريط وقتى وبتكرر وضع المحاجم يمكن ان يستخرج مقدار عظيم من الدم فى مرة واحدة وفى زمن يسير انتهى ويعان ذلك بالاستحمامات المستطيلة المدة والمشروبات الملطفة الفاترة الكثيرة والمسكنات بكمية متوسطة فان كان ناشئا عن احتباس التنفيس الجلدى من الهواء البارد مثلا استعملت المعرقات الخفيفة ويبتدأ بالطفها كمنقوع زهر البلسان وربه لكن بعد الاستفراغات الدموية والاستحمامات ثم يزاد فى قوة تلك المعرقات الى اقواها كروح النوشادر وربما نجحت الاستحمامات والمنقوعات الباردة ثم يرجع المريض حالا الى فراش حار وتستعمل المشروبات الحارة حينئذ لتعين على الانفعال وهذه الوسائط كلها معقولة لكن قد يخاف منها اذا كان المريض ضعيفا اوقابلا للتهيج لان الانفعال قد لا يحصل او يكون غير تام ويكون تأثير البارد حينئذ مضرا بسبب التركز الذى يحدثه فيذهب الفعل العضوى نحو الاحشاء فان كان الداء ناشئا عن تهيج فى القناة الهضمية عولج بعلاجه فان كان عن ديدان عولج بمضادات الديدان ويعالج التيتنوس الجرحى بقطع الاجمة ان استدعى الحال ذلك وازالة الاجسام الغريبة وتقريب الحوافى وتغطية الاعضاء بالوضعيات المرخية المسكنة كالمرهم الافيونى ومطبوخ الخطمية مع الخشخاش ولا يجدد العلاج الا بعد مدد طويلة مع التحرز عن الهواء ما امكن وعن جميع المنبهات ومع الحمية والمشروبات المحللة ومراعاة القوانين الصحية واضطرب الاطباء فى مضادات التشنج كالافيون والمسك

والجند بادستر بلوعا وجرعا ومنهم من منعها وقال انها مضرة وسيما الافيون
لانه يحدث تنبها او تخديرا فى بعض الاشخاص وذلك مضاد للنتيجة المطلوبة
واستعملت ايضا صبغة الافيون وشراب دياقورد مع الاستحمامات القلوية لكن
كل ذلك لا يخلو عن خطر لانه لا يستعمل فى الالتهاب النخاعى واما المعرقات
فلا تنفع الا فى ابتداء التهيج واستعملوا مع الاستحمامات القلوية جرعا قلوية ايضا
من الباطن لكن ذلك لا يكون الا مع سلامة المعدة من التهيج ومدح بعضهم
خلات المورفين توضع على الجلد بعد ازالة البشرة بحراقة مثلا توضع على القفا
فيرش على محلها من هذا الجوهر ويزاد فى مقداره تدريجا حتى يبلغ ربع قمحة
للكبير ومما لا نفع فيه وان امروا به الحمض تتريك لتحميض المشروبات وزيت
التربنتينا والابيكاكوانا والطرطير المقيء بكمية يسيرة ومن غير النافع فى كزاز
الفكين والانقباض التشنجى فى عضلات البلعوم قهر ذلك اوكسر بعض
الاسنان او استئصالها اذ يمكن ان يسقى المريض وهو مستلق على ظهره
بان يجرع السائل بواسطة مجس من صمغ مرن مفتوح من طرفيه يوضع بين
الخد وقوس الاسنان حتى يصل الى آخر الاضراس فان هنالك شقا تمر منه
الاشربة بسهولة الى الفم الخلفى ويمكن ايضا ان يدخل مجس مرن من الانف الى
المرىء وتحقن منه السائلات الدوائية والغذائية

الباب الحادى عشر

فى امراض اعضاء الانتقال والحركة

فى هذا الباب اربعة فصول

الفصل الاول

فى نمو اطراف الجنين وعيوب تكونها اجمالا

يبتدأ ظهور الاطراف فى سن شهر او ستة اسابيع على شكل نتوات صغيرة فيها
تفرطح قليل من الجانبين ومنحنية نحو البدن والطرفان العلويان اى اليدان
يظهران قبل السفليين اى الرجلين وانما تتميز اليد عن الساعد بعد تمام شهرين
ولا يظهر القدم والساق الا من ثلاثة اشهر الى اربعة قال بكلار اذا ابتدأ ظهور

الساعد والساق كانا اقل فى العظم من اليد والقدم وكذا اذا ابتدأ ظهور الفخذ والعضد فانهما يكونان اصغر من الساق والساعد ثم ان الاطراف تتميز فى الابتداء الى جزءين قمة وقاعدة وذلك التمييز فى العلويين يكون بعد سبعة اسابيع وفى السفليين بعد ثمانية اسابيع ثم تتسع القمة وتنقسم الى اصابع غليظة قصيرة تبقى مرتبطة ببعضها الى تمام الشهر الثالث بواسطة جوهر رخو يزول شيأ فشيأ من قمتها الى قاعدتها والاطراف العليا لكونها تظهر قبل السفلى تبقى زمنا طويلا اطول من السفلى وانما تتساوى قرب تمام الشهر الرابع

وعيوب التكون فى الاطراف كثيرة فقد تعدم بالكلية او يزيد عددها وقد يقف نموها او يحصل فيها انقسام او كسر مدة الحياة داخل الرحم وقد يفقد جزء منها معين كساق او عضد وقد توجد اطراف زائدة مندغمة فى محال مختلفة من الجسم وامثلة ذلك كثيرة ذكرها هالير وغيره وقد يحصل فيها تشوهات سنشرحها مستقلة فيما يأتى وقد شحنت بها معظم كتب التشريح المرضى وانما نتكلم هنا على تفرق الانصال والكسر والخلع العارضة مدة كون الطفل فى الرحم او التى تعرض عند الولادة ولكن ذلك فى الفصل الآتى على الاثر

الفصل الثانى

فى آفات فى اطراف الجنين

وفيه ثلاثة مباحث

المبحث الاول

فى غنغرينا اطراف الجنين

يظهر ان الغنغرينا قد تستولى على اطراف الجنين فتسبب انفصالها من البدن انفصالا تاما او غير تام بحيث يولد الطفل منفصلا منه طرف من اطرافه ويمكن ان يشاهد فى رمانة الكتف اثر التحام ناتج من هذا الانفصال فقد ولد طفل فى بيت الرحمة ببارس بذراع واحد وكان فى سطح رمانة الكتف الثانى اثرة ووجدت اسطوانة عظمية يظهر انها الجزء الآخر من العضد المقطوع مندغمة على سطح المشيمة فظن شوسيير ان هذا الطرف كان منفصلا بنوع من

السفاقلوس اى الاكلة واتفق ان الطبيب كتنسون دعى سنة ١٨٢٤
عيسويةلتوليد شابة عمرها عشرون سنة قال فوجدت الاغشية لم تزل كاملة
فلما انشقت ولدت بعد نصف ساعة طفل ولادة طبيعية فرأيت القدم اليسرى
معدومة منه منفصلة عن الساق من تحت الكعبين بيسير وكان سطح
محل الانفصال ملتحما ماعدا الجزء المركزى بسبب النمو العظمى الذى فيه وكان
الطفل حيا ولكنه مات بعد عشرين دقيقة ولما بحثت بعد الولادة فى اعضاء
تناسل المرأة وجدت القدم فى مدخل المهبل فجذبتها حالا الى الخارج وكان محل
الانفصال فيها ايضا ملتحما ماعدا الجزء النانى فيه العظم وماوجدت شيأ
يدل على حصول نزيف من الطرف المقطوع وكانت تلك القدم اصغر من القدم
اليمنى المنقلبة الى الانسية ولم يكن فيها اثر تعفن ولما قوبلت بالقدم الاخرى ظن
تقريبا انها منفصلة من نحو شهرين والمرأة فى مدة الحمل لم تستشعر بما يدل على
تلك الاصابة فلم تعلم الزمن الذى حصل فيه ذلك

المبحث الثانى

فى الخلع فى اطراف الجنين

قد يحصل الخلع فى اطراف الجنين وهو فى بطن امه ومن ذلك ماشاهده شوسير
فى جنين من خلع الفخذين والركبتين والقدمين وثلاثة اصابع من اليد اليسرى
وذكر دوبيترن فى رسالة مهمة له ان خلع الفخذ من ذاته يحصل فى الجانبين معا
فى اكثر الاحوال واقل منه فى جانب واحد قال وقد شاهدت عشرين حالة من
هذا الخلع فلم اره من جانب واحد الا فى حالتين ولا يدرك فى الغالب وجود
هذا الخلع وقت الولادة وانما يسهل تشخيصه كلما تيسر للطفل الوقوف والمشى
واخذ فى كمالهما قال دوبيترن وانما يتضح الداء بالاكثر اذا اخذ الحوض
فى الاتساع وابتدأ الطفل فى الاعتياد على الرياضة الطويلة المتعبة فحينئذ
يتضح منه جيدا اهتزاز الجزء العلوى من الجسم على الحوض وانحناؤه الى
الامام واعوجاج القامة وبروز البطن وتحرك طرفى القطر المستعرض
للحوض بحركة استدارية وعدم انثناء رأس الفخذ والحركات المتبادلة لارتفاع

وانخفاض هذا الرأس على طول الحفرة الحرقفية الظاهرة ويحصل هذا الخلع عادة الى الاعلى والوحشية فيتحول رأس الفخذ من التجويف الحقى الى الحفرة الحرقفية الظاهرة التى فى العظم الحرقفى وربما كان سبب هذا الاستبدال كما قال دبو يترن الوضع الاعتيادى لساقى الجنين فى باطن الرحم فان الفخذين فى هذا الوضع تكونان منثنيتين جدا على البطن ورؤسهما يفعلان دائما فعلا ضاغطا على الجزء الخلفى السفلى لمحفظة المفصل وذلك الفعل لا يضر الجنين الجيد التركيب وانما يضر من كانت منسوجاته قليلة المقاومة فينقاد الجزء الخلفى السفلى من محفظة المفصل لرأس الفخذ ويتركه ليمر منه فيحصل الخلع ويكفى لادراك تحول ذلك الرأس الى الاعلى والوحشية ان يتذكر ان العضلات القوية المحيطة بالمفصل العلوى للفخذين تميل دائما لان ترفع الى الاعلى رأس هذه العظام عند خروجه من الحفرة الحقية كما ذكر ذلك دبو يترن فى رسالته المؤلفة فى ذلك وجعل هذا الجراح الماهر قواعد المعالجة مؤسسة على السكون والوسائط المخصوصة بتثبيت الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل ومعارضة ارتفاع رأس الفخذ للحفرة الحرقفية ويعسر جدا فعل هذه الوسائط فى الاطفال الرضع ولكن يمكن اقله ان لا يجتهد فى سرعة مشيهم ولا يحترزوا بقصد اعطائهم القوة على الوقوف على الساقين لان من المعلوم ان ثقل الجسم يعين اذ ذاك على رفع رأس الفخذ للحفرة الحرقفية ومن اراد زيادة عن ذلك فعليه بالرسالة المذكورة فان فيها الكفاية

قال اولفيير وهنالك سبب آخر للخلع الخلقى فى الفخذ يعلم من المشاهدات والصور المرسومة التى ذكرها كروفليير لهذا العيب الخلقى فى كتابه فى التشريح المرضى فانها تدل كما ظن ذلك دبو يترن ايضا على ان هذا التشوه كانقلاب القدم ناشئ من الوضع الخاص لاطراف الجنين فى الرحم قال ولقد كلفنى مجمع ديوان الاطباء ان ابحث فى جنين مشوه ولد فى سبعة اشهر فرأيت فيه سببا خاصا للخلع الخلقى فى الفخذين وذلك ان العجز كان غير موجود وانما كان محله من الحوض متمما من كل جانب بالتصاق العضلات الالية ببعضها بحيث تكون من انضمامها

ببعضها شبه عضرط مستطيل عمودى تحت النتوات الشوكية القطنية فتلك العضلات باندغامها من الخلف فى محل بعيد جذبت الفخذين الى الخلف والاعلى بحيث صار رأسهما اعلى ووحشى الحفر الحقية التى كانت جيدة التكون وتلك الحالة ترد رأى كثير من المؤلفين الذين يرون ان الخلع المذكور قد يكون نتيجة ضيق التجاويف الحقية اوغورها الغير الكافى لقبول رأس الفخذين لان هاتين الحفرتين هنا كانتا واسعتين عميقتين بحيث كان يسهل دخول هذين العظمين فيهما وسوى ذلك ان عيب التكون الذى نتج عنه جذب رأس الفخذين الى خارج التجاويف الحقية انما حصل فى الاشهر الاول من الحياة داخل الرحم فنتج من هذه المشاهدة التى لااعرف لها نظيرا ان التجاويف المفصلية فى الجنين لايزول اثرها وان لم تحتو على اطراف العظام المعدة هى لقبولها وربما استخرج ايضا من هذه المشاهدة نتيجة اخرى وهى ان التجاويف المفصلية فى الادوار المختلفة لنمو المجموع العظمى تتكون بدون ان تحتاج لقالب تأخذه من الاسطحة التى يلزم ان تلامسها لان من الواضح ان الوضع الغير الاعتيادى للفخذين فى هذا الجنين حصل فى الازمنة الاول من الحياة الجنينية ومع ذلك كانت الحفر الحقية متكونة بشكلها واقطارها اللازمة لان تنطبق بها بالضبط على رأس كل فخذ فهذا الامر الواقعى الغريب يحقق لنا القاعدة الكلية التى ذكرها بكلار وهى ان شكل العظام يكون فى الاحوال الاعتيادية المنتظمة كشكل الاعضاء الاخر حاصلا فى الابتداء من شكل الاصول الخلوية الوعائية التى يتكون منها لها لحمة التغذية اى جوهرها الخاص

المبحث الثالث

فى تفرق الاتصال والكسر الخلقى فى الجنين

قد يحصل ايضا للجنين تفرق اتصال فى العظام سواء كان ذلك من وقوف النمو اومن سبب من اسباب الكسر الشبيه بذلك فى الكبار قال بليار قد اجتنيت مشاهدة تثبت امكان تفرق الاتصال بسبب وقوف النمو وهى ان طفلا عمره

شهران مات في بيت اللقطاء بالتهاب رئوى حاد فلما بحثت في جثته رأيت الفخذ متحركة من جزئها المتوسط بحيث كان فيه شبه مفصل كاذب وبالبحث في هذا الجزء ظهر ان هنالك تفرق اتصال في الجوهر العظمي من وسط الفخذ سعته اربعة خطوط وتلك المسافة مملوءة بجوهر غضروفي سميك طرفاه ملامسان لطرفي العظم كملامسة النتوات حال غضروفيتها للعظام الناتئة هي عليها ولم تكن هذه الفخذ اطول من فخذ الجانب الآخر فلم تكن المسافة التي ذكرناها مكونة من جوهر راسب بين قطعتي العظم وانما هي من الاصل الغضروفي لذلك العظم ولم يحصل تعظمه لامر ما غير اعتيادي ويجوز ان يكون من هذا القبيل اي من وقوف النمو ما ذكروه من مشاهدة كسور متضاعفة كثيرة في الطفل الواحد وذكر شوسيير امثلة من ذلك فيظهر ان اتصال الالياف العظمية فيها انقطع من وقوف النمو ولذلك يشاهد في محاذاة ذلك متوسطات غضروفية دخلت فيما بينها وخشنت اسطحتها المتلاقية حتى انضمت معها كالاسطحة المتقابلة من العظم الوتدي والجزء القاعدي من القمحدوة في الصغار

ثم ماعدا هذا النوع الخاص من تفرق الاتصال قد يحصل في الجنين مدة اقامته في الرحم كسور حقيقية بل ربما وجد في تلك الكسور احيانا وقت الولادة ابتداء التيبس والالتحام وقد اعرض الطبيب دوفيرجي لديوان الاطباء سنة ١٨٢٥ عيسوية مشاهدة امرأة كانت حاملا في ستة اشهر فالتطم بطنها لطمة قوية في زاوية طاولة عند سقوطها من كرسي مرتفع فحصل لها الم قوي جدا ودام معها زمنا ما ولم تقدر على تسكينه ثم اخذ بنفسه في التناقص حتى زال ولما تمت الاشهر الاعتيادية للحمل وضعت ولدا قوي البنية ولكن معه ورم كبير الحجم في القسم الترقوي الايسر ومات في اليوم الثامن ولما بحث في جثته وجد كسر في الترقوة تراكبت قطعتاه على بعضهما قليلا واتصلتا بواسطة اندمال متين كبير الحجم هو الذي تكون منه الورم الذي ذكرناه فيقرب للعقل من هذه المشاهدة ان الصدمة الشديدة التي حصلت على بطن الام قبل الولادة بشهرين او ثلاثة هي السبب للكسر المتيبس الذي وجد في ترقوة

جنينها ونظير ذلك ايضا ما وقع لشابة جيدة البنية عمرها خمس وعشرون سنة وكانت حاملا فى ستة اشهر فعرض لها سقطة على بطنها فاستشعرت حالا بتحرك الطفل حركة قوية غير ان هذه الحركات لم تلبث قليلا حتى سكنت وانقطعت فلما كملت مدة حملها ولدت بدون عارض ولدا نحيفا ضعيفا جدا وعلامات الحياة فيه قليلة ومعه فى ساقه اليمنى جرح مستعرض طوله تسعة خطوط وحافتاه محمرة مسترخية ويمتد من احد الكعبين الى الآخر وكان مصيبا للجلد والعضلات التى تحته ومصحوبا بكسر فى القصبة التى انفصل جسمها بالكلية عن النتو البارز الغضروفى السفلى وخرج من الجرح باتجاهه الى الوحشية ففقد سمعاقه وصار ردىء المنظر فاجتهد فى رجوعه فلم يفد فاضطر لتركه لان حوافى الجرح اصيبت بسفاقلوس واخذ موت العظم فى التقدم وامتد الداء بسرعة ومات الطفل فى اليوم الثالث واستنتج من ذلك ان الجنين قد يصاب مدة اقامته فى الرحم بآفات تصير بعد الولادة مهلكة وكثيرا ما يشاهد الكسر فى الاطراف مدة الولادة او بعدها ويعرف بنفس العلامات التى يعرف بها فى الكبار البالغين ويعالج بنفس الوسائط التى تعين على التحامه

الفصل الثالث

فى آفات المفاصل

آفات المفاصل لا تختلف غالبا عن ما فى الكبار وقد شوهد الالتهاب المفصلى الحادث فى المولودين فلنذكره اولا ثم نتبعه ببيان مختصر فى تشخيص انواع الالتهاب المفصلى ففى هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

فى الالتهاب المفصلى الحادث فى المولودين

قال اوافيير من المعلوم ان البحث التشريحى فى جثث المولودين بعد الموت يحقق ما قاله قدماء الفلاسفة من ان البنية البشرية قابلة من ابتداء تكونها وهى فى رحم الامهات للاصابة بالآفات التى سلطها الله على النوع البشرى والامثلة لذلك لم تزل تتكاثر وتتتابع كل يوم ومنها يعلم ان امراض الاطفال

تكاد

تكاد ان لا تختلف عن امراض غيرهم فى النوع ولا فى الصفات ومن امثلة ذلك الالتهاب المفصلى فى الاطفال والمؤلفون الى وقتنا هذا لم يتكلموا عليه واول من ذكره الآن هو الطبيب تيلار لاتيرس فى رسالته البحثية فى الالتهاب المفصلى الحاد التى قدمها بمدرسة الطب بباريس سنة ١٨٣٣ ويمكن ان جهل ذلك الى الآن انما نشأ كما قال هذا الطبيب من اهمال الاطباء غالبا البحث فى المفاصل من جثث الاطفال والذى ارشده للبحث فيها كما قال انما هو وجدانه خراجا صغيرا فى الرئة فالتزم ان يبحث هل يوجد فى الاطفال المولودين موافقة فى الظاهرات المرضية مثل ما يشاهد غالبا فى الكبار البالغين فوقف هذا الطبيب من ذلك على ثلاثة امثلة التزمنا ان نذكرها هنا باختصار

المشاهدة الاولى * طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى يوم العشرين من اووت سنة ١٨٣٢ عيسوية فكان لسانه احمر الحوافى وكان معه اسهال مواد مخضرة وفى السابع والعشرين ظهر فى فمه موجيت وتقرح فى قيد اللسان ومات فى التاسع والعشرين فوجد فيه تجمعات صديدية واندفاعات دخنية تحت البلورا يحيط بها هالات بنفسجية وتنتشر متفرقة على سطح الرئتين ووجد كل من المفاصل الحرقفية الفخذية والمفصل الفخذى القصبى الايمن محتويا على مادة زلالية صديدية محمرة والغشاء الزلالى احمر ولون الغضاريف اصفر كدرا والمفصل الكتفى العضوى الايمن محتويا على سائل مصلى صديدى والايسر على صديد خالص ووجد تجمع صديدى بين العضلات ذات الرأسين والغرابية العضدية والذالية وكان القيفال النافذ من هذه البورة احمر غليظا ووجد خراج متكيس قرب رسغ اليد اليسرى ولم يوجد فى المخ ولا فى متعلقاته ما هو عظيم الاهتمام ووجدت المثانة متمددة جدا بالبول * والمشاهدة الثانية طفل عمره اربعة ايام ومعه تيبس فى المنسوج الخلوى الذى فى الاطراف والقسم الظهرى ثم عرض له اسهال وتغير فى تخاطيط الوجه ومات بعد بعض ايام فوجد كل من المفاصل الحرقفى الفخذى الايمن والفخذى بين القصبيين والقصبى النسغى الايسر والزندى الرسغى الايسر مملوأ بالصديد والغضاريف

صفراء وسخنة بدون تغير فى منسوجها ووجد فى جلد الوجه الظهرى للمفصل الزندى الرسغى صفيحة حمراء ولم توجد خراجات فى العضلات ولا فى الرئتين وانما كانت حافتهما الخلفية محلسا لارتشاح صديدى وبقية الاعضاء سليمة

*والمشاهدة الثالثة طفل نوعى مذكر عمره ستة ايام حمل للمارستان فى السادس عشر من سبتمبر سنة ١٨٣٢ وكان لسانه احمر الحوافى مع بروز فى الحلمات ومعه اسهال اخضر وتيبس فى المنسوج الخلوى من الظهر ثم حسنت حالة الطفل بحيث اعطى فى الثامن عشر للمرضعات المتقاعدات وفى السابع والعشرين من الشهر دخل المارستان ثانيا ومعه احمرار شديد فى الغشاء المخاطى الفمى المبذور فيه صفحات من الموجيت ورجع له الاسهال الاخضر وظهر فيه الهبوط والنحول واخذت تلك الاعراض فى الازدياد حتى مات فى السابع عشر من اوكتوبر فوجد معه بعد الموت نحافة زائدة وخشكريشة فى العجز مع تعرية للعظم وقرحة مستديرة فى الجزء الوحشى من المرفق الايسر عمقها متصل بالمفصل ولون الغضاريف مصفرا والنتو الغضرو فى السفلى للفخذ منفصلا من العظم ووجدت بورة صديدية تحت الكتف والعضلة الكبيرة الظهرية وفساد تام للعضلة المسننة الكبيرة والعضلة تحت الكتف ولم يوجد فى الاوردة اثر للالتهاب ووجد المفصل الفخذى القصبى الايسر محتويا على صديد والغضاريف سليمة والمفصل الحرقفى الفخذى الايمن يصل بواسطة قناة ناصورية الى التجمع الصديدى الموجود فى الحفرة الحرقفية اليمنى ووجدت العضلات الحرقفية والبسواس تالفة بالكلية والمخ وتوابعه فى حالة سليمة وفى الجزء الخلفى من الرئتين ارتشاح صديدى والتيموس تحول الى جيب مملوء صديدا ومعه موجيت فى الفم والمرىء ولين جزئى فى المعدة وسهولة تمزق فى الغشاء المخاطى الذى فى الجزء العلوى من المعا الدقيق وانتفاخ فى صفحات بيير وتمدد فى المثانة بسبب وجود مقدار عظيم من البول فيها

فهذه المشاهدات الثلاث مشابهة لبعضها لان فى كل منها مفاصل ذوات بورات صديدية واغلبها هو اكبر مفاصل الجسم والغضاريف فى جميعها متحدة

فى المنظر مصفرة كحالة الغشاء السينوفيالى اى الزلالى ويعسران يختار فى واحدة منها ان التجمعات الصديدية المفصلية كانت نتيجة العمل الشاق اللازم للولادة الشاقة اوالجذبات الشديدة اوالحركات القهرية التى تفعل فى الطفل لان مثل تلك الاسباب لاتؤثر فى جملة محال هكذا فى آن واحد وانما يعرف من المشاهدة الاولى ان التغيرات المذكورة انما كانت بالاكثر نتيجة امتصاص صديدى ولا بأس بتسميتها التهابات مفصلية انتقالية اما الحالة الثانية فلم يكن فيها اثر لالتهاب وريدى ولا لخراجات فى الرئة ولا فى العضلات وانما وجد فيها احمرار حول رسغ اليد المريضة وتلك حالة قد تعين على ظن انه كان معه فى حياته احتقان التهابى كالآفات الروماتزمية المفصلية فاذا لم يشاهد ذلك قبل الموت بزمن ما فذلك لما جرت به العادة من اهمال كشف الاطفال والتأمل فيهم عند عياداتهم فيبقى معظمهم ملتفا بثيابه اذا لم يكن هناك سبب يستدعى البحث فى الصدر او البطن والمشاهدة الثالثة فيها شبه بالاولى وكان فيها تقيح بدون التهاب وريدى والتهاب مفصلى انتقالى وانما اتضحت فى المشاهدة الثانية آثار الالتهاب المفصلى وسبب التغيرات الموجود فى الرمة فنتج من ذلك ان هذا الالتهاب الذى يكون فى الكبار البالغين مؤلما يظهر انه لايسبب فى الاطفال المولودين الما شديدا لانه لم يشاهد فيهم اضطراب ولا صياح اذا طبعت فيهم حركات اونحوها غيرانا نقول ينبغى تحصيل جملة مشاهدات حتى يحقق منها ماذكر

ثم ذكر اولفير مشاهدة مهمة اجتناها الطبيب والبس سنة ١٨٣٥ فيها انفصال كثير من النتوات الغضروفية المنسوبة للعظام الطويلة وتولدات عظمية جديدة وانما تركنا ذكرها هنا خوف الاطالة واستنتج منها حسبما قاله والبس ان خراجات الاطراف والحوض قد تنشأ فيهم من تغير العظام وتتسبب عن الداء الزهرى واما التولدات العظمية المذكورة فى تلك المشاهدة فيعتبرها نظير ماسماه لوبستين بذلك فى الداآت الزهرية وتلك التولدات سريعة التكون ولذلك ذكر ايضا انه رأى فى حالة سيفاليماتوم انه ارتفع فى نحو يومين حوية

عظمية علوها خط ونصف

المبحث الثانى

فى الالتهاب المفصلى فى سن اعلى من ذلك

الالتهابات المفصلية فى الاطفال وان كانت نادرة بانواعها اعنى سواء كانت نقرسية اوروماتزمية اوجرحية الا انها قد توجد فيهم وكثيرا ماتشتبه تلك الآفات ببعضها ولذلك التزمنا لكمال التشخيص ان نوضح بالاختصار اوصافها فنقول هذه الالتهابات تحصل فى الاطفال من المبادرة بمشيهم قبل اوان المشى اومن سرعة مشيهم وسقوطهم على مفاصلهم لو تحمل تلك المفاصل ثقل اجسامهم فيحصل لهم من ذلك مايحصل للكبار ويتعبون منه تعبا عظيما وربما عرضت لهم استسقاآت فى اغشية المفاصل وآفات اخر مفصلية من اسباب خارجية كالحركات العنيفة من الخارج وزيادة تمدد المفاصل والخلع والجروح المفصلية وجميع مايقطع العرق فى الاقدام اوغيرها من اجزاء الجسم وارتداع آفات جلدية الى الباطن كالقوبا والحمرة اى غيبوبتها بجأة والبرد الرطب والمهيجات المستطيلة المدة فى الغشاء المخاطى المعدى المعوى والتغذية الكثيرة وسيما الدسمة وهذه الاسباب منها مايحدث الالتهابات المفصلية من غير تمييز بين سن وذكورة وانوثة ومزاج وكيفية معيشة وغير ذلك ومنها مايلزم لاحداثه الداء بعض شروط مهيئة كالمزاج الدموى والامتلاء والسمن وقابلية التهيج فى الجلد والمجموع الليفى المفصلى اونقول بوجه آخر ان الالتهابات المفصلية منها مايصدر من اسباب خارجية لاغير ومنها مايحتاج للاستعانة باسباب باطنية فلا يحصل الا من تأثير النوعين معا ومنها ماينشأ من تأثير الاسباب الباطنة فقط فالاولى يقوم منها الالتهاب المفصلى الجرحى والثانية الروماتزمى المفصلى والثالثة النقرسى فيكون لكل من تلك الآفات الثلاثة اسباب مخصوصة واختلاف اسبابها يدل على اختلاف طبيعتها والاعراض العامة لتلك الآفات الثلاث او الاشكال الثلاثة المنسوبة لمرض واحد على مايراه بعض المؤلفين هى انه اذا كان الالتهاب المفصلى حادا مهما كان سببه

كانت اعراضه الم وانتفاخ وحرارة فى المفصل المريض واحيانا لون وردى
فى الجلد المغطى له وتعسر اوتعذر فى حركة العضو واعراض تنسب لآفات
القناة الهضمية والقلب والمخ فينشأ من ذلك فقد شهية وعطش وغثيان وقىء
وتواتر نبض وزيادة حرارة فى الجلد واحتقان فى الوجه والاعين وصداع وهذيان
فاذا كان الالتهاب المفصلى مزمنا كانت العلامات العامة للآفات الثلاثة
هى الالم وتعب الحركة ولا يتعرض اذ ذاك اعراض من الاعضاء البعيدة
ولا حرارة ولا انتفاخ موضعى اواذا وجد هذان كانا خفيفين جدا فهذه الاشياء
كلها ربما اخذ منها ان هذه الآفات الثلاثة منسوبة لآفة واحدة كما فهم ذلك
بعضهم مع انها متخالفة والفروق التى تفصلها عن بعضها عديدة

تشخيص الالتهابات المفصلية * المفصلى الجرحى يكون دائما مقصورا على
المفصل الذى اثر عليه السبب والروماتزمى يشغل غالبا جملة مفاصل فى آن واحد
والنقرسى يشتبه مع الروماتزمى بالنظر لهذا الاخير والمفصلى الجرحى لا يترك
المفصل الذى ظهر فيه ويستولى على آخر بخلاف الروماتزمى والنقرسى فانهما
يغيران محلهما بسهولة عظيمة والمفصلى الجرحى يكون دائما واما الروماتزمى
فيكون فى الغالب متقطعا واذا لم يكن كذلك لم يكن له السير المنتظم الذى
للجرحى وانما ينقطع ثم يظهر وينقص ثم يزيد وهكذا مرات كثيرة فى سير الداء
والنقرسى يأتى نوبا وكل نوبة تدوم غالبا ست ساعات او ثمانيا وتشتد قليلا
فى المساء وبعد جملة نوب ينقطع الداء ثم يظهر بعد بعض ايام تابعا السير الذى
سلكه فى النشبة الاولى والجرحى يتبع فى الغالب مع الانتظام سير التزايد
والوقوف والانحطاط العامة لمعظم الالتهابات والروماتزمى يتبع غالبا فى ابتدائه
سيرا سريعا بحيث يصل لاعلى شدته فى زمن يسير وشفاؤه كثيرا ما يكون فجائيا
ايضا كظهوره ونوب النقرسى تأخذ فى زيادة الشدة والاولى هى الاقوى
والاخيرة هى الاضعف والجرحى ليس له ميل للرجوع والعود ورجوعه
يحتاج لعارض جديد بخلاف الروماتزمى فلنه يميل دائما للظهور ثانيا الان بعض
اصوله موجود فى البنية ومع ذلك يلزم تجديد تأثير السبب حتى يعود الداء

والنقرسى يحصل غالبا بدون سبب محدث له فتغاير تلك الاحوال يفيدنا تغاير
تلك الآفات مع ان هذه الصفات الفارقة بينهما لم يستفد منها طبيعتها بخلاف
الصفات المشتركة بينها فانه ربما استفيد منها ذلك ولذا يصح ان لا يهتم بكون
الالتهاب المفصلى مقصورا على مفصل واحد اوشاغلا لجملة مفاصل وثابتا
اومنتقلا ومستداما اومتقطعا ومنتظما اوغير منتظم فى السير ونحو ذلك
وانما يكفى فى جميع الاحوال والاشكال ان يظهر بالم وانتفاخ وحرارة واحرار
اذا كان حادا نعن ذلك يستنتج ان طبيعة الانواع الثلاثة متحدة وانها التهابية
والتشريح المرضى هنا له نفع جليل فى ايضاح المقام ووا اسفاه حيث لم يتضح
لنا منه الى الآن الامعارف غيرا كيدة ومع ذلك فالقلب الى التغاير اميل
بل ربما كان غير مشكوك فيه وان الجرحى يقوم من التهاب خالص بسيط
فى المنسوج الليفى والمصلى المعينين على تكون المفصل ومن المعلوم ان
هذا الالتهاب يبقى موضعيا كسببه وثابتا مستداما منتظما وغير قابل للعود
وانه يوجد فى الروماتزمى ماعدا الالتهاب المفصلى تغير فى الدم الذى يتعلق به جزء
من هذا الالتهاب وبهذا الفرض يتضح جيدا لأى شئ يكون ظهور هذا الداء
مسبوقا مدة ما بالسقوط والهبوط وباحتقانات اعضاء مختلفة وبسدر ودوار
وصداع وطنين فى الاذن ورعاف وحرارة فى الحلق وخفقان وعسر تنفس
ونزيف بواسيرى ونحو ذلك ولأى شئ يكون الدم الخارج بالفصد غلاليا
على الدوام ويتضح به ايضا كثرة تنقل الداء وزواله الوقتى من مفصل وظهوره
الفجائى فى آخر وتوزعه فى جملة مفاصل وسهولة تسلطنه على منسوج القلب
وعدم انتظامه ومدته التى هى فى الغالب اطول من مدة النوع السابق وان
فى النقرسى حصل فى تركيب المنسوجات المفصلية من زمن طويل تنوع
عندما اصيبت بالالتهاب صارت به اكثر استيقاظا ومتمتعة بزيادة حيوية اكثر
مما فى الحالة الاعتيادية عند اشخاص اخر واكثر قابلية للتهيج مما تستدعيها
طبيعة وظائفها وماعدا ذلك يكون الدم مثقلا محملا زائدا لمواد مغذية وربما
اخذ ذلك مما هو معلوم من ان هذا النقرسى يشاهد بالاكثر فى الاغنياء

لافراطهم فى استعمال الاغذية الجيدة المولدة كثيرا للدم المتحمل لمواد كثيرة مغذية تحى جميع منسوجاتهم فتعطى لمفاصلهم درجة عظيمة من الحساسية لا تتوافق مع الوظائف الضعفية التى تتم حول المفاصل ويوضح ايضا بذلك السبب زيادة العسر فى ازالة الاستعداد للنقرسى متى حصل وميل نشباته الى العود ويعلم به ايضا لاى شئ تصير الرياضة لازمة للمنقرسين لما انها يتفق بها افراط زيادة المواد المغذية وتكون البطالة مضرة لهم ويؤخذ منه السبب الطبيعى ايضا لوجود الحمض البولى فى المواد المتجمدة التى توجد حول المفاصل لان العنصر البولى من الجواهر الاقوى حيوانية فى البنية وبالجملة جميع ما هو مهم فى شرح النقرسى يتضح من هذا الفرض الذى فرضناه وينكشف به ايضا تميز الانواع الثلاثة التى تظهر لغير المتأمل متحدة

ومن حيث ان الصفة الالتهابية عامة للانواع الثلاثة من الالتهاب المفصلى يلزم من ذلك ان المعالجة المضادة للالتهاب تناسب فى جميعها غير ان مناسبة ذلك العلاج ليست فى جميعها بدرجة متساوية وانما هو الواسطة الاصلية الوحيدة لشفاء النوع الاول ويحتاج غالبا لان يكون شديد الفاعلية لاجل الثانى ويعين عليه لاجل شفاء الثالث ادوية اخرى منفعتها اعظم منه بحيث لا يكون الا ثانويا تابعيا ويكابد ذلك العلاج المضاد للالتهاب تنوعات فى كل من الثلاثة سواء فى اختيار الوسائط اوفى وضعها فالجرحى اذا كان موضعيا كسببه يكفى لشفائه غالبا معالجة موضعية كالعلق والوضعيات المرخية اوالمحللة فاذا لم ينقد لها مع كونها استعملت استعمالا مناسبا جاز ان يظن وجود سبب عام ملازم للشخص يعارض الشفاء فاذا كان الالتهاب ماعدا ذلك مستداما ثابتا لزم بدون ان يخاف من تسلطه على عضو باطن ان يجتهد فى ابطال عوارضه من الابتداء مهما كانت شدته بالوضعيات الرادعة فاذا لم يكن له ميل للعود لم يحتج للاحتراسات الصحية للتحرز من ذلك واما الروماتزمى فمرتبط كما قلنا فى معظم الاحوال بتغير فى الدم وبسبب ذلك يشغل فى العادة جملة مفاصل فى آن واحد ويكون غالبا متقطعا متنقلا سهل الانتقال

والعود فاذا كان تغير هذا الدم حقيقيا لزم ان لا تكتفى فى الغالب المعالجة الموضعية وانما تمال من الوسائط العامة نتايج اسرع واوضح من الموضعية ومن حيث ان طبيعة تغير الدم غير جيدة المعرفة ينبغى ان تكون هذه الوسائط فى الغالب تجريبية اى ان لا تكون لها نسبة واضحة بالنتايج التى توصل اليها فالتجربة تؤكد جميع هذه القواعد المأخوذة من البيان العلمى ولذلك استفدنا منها ان الوضعيات غير نافعة بل مضرة فى الروماتزمى وان العلق هو الواسطة الوحيدة التى فيها النفع ولكن الغالب كون منفعته ثانوية ومحدودة وان الافصاد العامة والمعرقات والمخدرات والتدبير الغذائى اللطيف هى الاساس القوى للعلاج وان الروماتزمى كثيرا مايشفى بوسائط لا يمكننا توضيح كيفية تأثيرها كالمقيئات مثلا بكمية كبيرة وكثرة تقطع هذا الداء وانتقاله يخاف منها تحوله للاعضاء المهمة وتوصلنا من نفسها لان تمنع علاجه بالوضعيات القابضة او الرادعة فقد ثبت بالتجربة خطر هذه الادوية فى معظم الاحوال ولا تنفع الا فى بعض احوال قليلة جدا كأنها مستثناة من القاعدة العامة وسهولة عوده يؤخذ منها لزوم التحرز من رجوعه بالاحتراسات الصحية والتجربة تؤكد ذلك كل يوم

واذا كان حقا ان تركيب المنسوجات المفصلية كابدت من مدة طويلة تنوعات عميقة حتى اصيبت بالالتهاب وان هذا التنوع يقوم من كون هذه المنسوجات صارت اقوى حيوانية مما فى الحالة الاعتيادية وانها ممتعة بحيوية قوية وقابلية عظيمة للتهيج غير مناسبة للوظائف الضعفية التى تتم حول المفاصل لزم ان نستنتج من ذلك ان الغاية الرئيسة للعلاج هى ارجاع المنسوجات لبنيتها الاعتيادية فلذلك يكون العلاج الموضعى هو المخصوص بمقاومة بعض الاعراض غير انه ضعيف الفعل بالنظر لمقاومة الداء ونجرى على هذا الرأى فى انواع الادوية التى اوضوا بها عموما لمقاومته فاننا نعلم علة لزوم تولده ثانيا فى جميع الحياة بالسبب الذى حصل به اولا ونوضح عدم قابليته للعلاج حسبما زعموا ونستخرج من ذلك نتيجة عملية وهى مراعاة التدبير الغذائى القاسى فقط المستطيل مدة

طويلة

طويلة حتى يؤثر تأثيرا واضحا فى تغذية جميع الاعضاء وتركيب الدم وبذلك
يرجى شفاء النقرسى لكن اذا استديم على ذلك استدامة مناسبة ولم يكن الداء
قديما وطبيعة هذا التدبير تؤخذ من طبيعة الداء فيلزم ان تكون الاغذية
اقل تنبيها وتغذية ما امكن وقد ثبت بالتجربيات منفعة هذا التدبير
وتختلف ايضا تلك الانواع الثلاثة فى المجلس والاسباب فالنقرسى محله
فى الاربطة والسمحاق والغشاء الزلالى فيقوم من احتقان وسموكة وانصباب
مواد فى باطن المفصل وهو يندر فى الاطفال كما يندر فى النساء قبل سن اليأس
لان سيلان الطمث فيهن كل شهر يخلصهن من افراط التغذية الدموية ومعظم
اسبابه هو ذلك كما علمت والاطفال مثلهن فى ذلك فان التغذية وان كانت كثيرة
فيهم الا انها تتعادل مع نمو جميع اعضائهم فادام هذا النمو فيهم غير منتهٍ لم يبق
تأثير لكثرة المواد المغذية فلا يحصل منها رسوب نحو المفاصل ولذلك يحفظون
غالبا منه ولا يصاب به الا من وقف فيه النمو فاصابته للكبار البالغين اكثر من
اصابته للاطفال والمؤلفون اتفقوا على ذلك وهو دليل على صحة البيان العلمى
الذى ذكرناه وهو ان سببه الرئيس هو افراط المواد المغذية فى الدم فلا يصاب به
الا من وقف نموه لان المواد المغذية تبقى بعينها فى الجسم عوضا عن ما تحلل منه
ولا يزيد منها شئ فاذا افرطت التغذية تولد منها الداء ولذا كان اكثر من يصاب
به من هو كثير الاكل وعدم الرياضة يعين عليه كافراط الاشغال العقلية
والروماتزمى هو التهاب المجموع الليفى الزلالى الذى فى المفاصل مع تغير
فى الدم بحيث يصير اكثر تجبنا منه فى الحالة الاعتيادية فمجلسه هو مجلس
النقرسى وتقل اصابته للاطفال ويصيب الذكور اكثر من الاناث وليس عندنا
ادلة قوية تثبت انتقاله بالوراثة من الاصول للفروع وانما هنالك بعض امثلة
تشهد بذلك وربما حدث من زوال آفة جلدية اوقطع نزيف اعتيادى اوضربة
اوسقطة مع استعداد فى الشخص له واقوى اسبابه البرد الرطب وربما ظهر
على رأى بعضهم من طول استعمال الادوية الزيبقية واما الجرحى فيحصل
دائما من فعل عنيف خارجى وقد يصيب المنسوجات المفصلية فهو داء عارضى

يكون فى الغالب حادا وظاهر انه تقبل الانتهاآت الثقيلة و ينبغى عده من المضاعفات الكثيرة الخطر لخروج المفاصل وللعمليات التى تعمل بقربها واما اعراض كل نوع من تلك الانواع فالنقرسى قد يسبقه تكدر فى الهضم ولذا زعم سيدنام ان المعدة هى التى تصاب بالالتهاب بالذات وبعضهم يرى انها تصاب بالضعف وبعضهم يرى ان الداء كثرة فى الصفراء او كثرة دم فى مجموع الوريد الباب اوانه تابع لآفة فى وظائف الكبد وزعم بروسيه ان معظمه يحصل من التهاب مزمن فى المعدة ولكن المشاهدات لاتساعد شيأ من ذلك فان المعدة عند المنقرسين تكون قوية سليمة ثم يظهر الم شديد متنوع فى ابهام الرجل واحيانا فى العقب اوفى المفصل القصبى النسعى واحيانا فى رسغ اليد اوفى الركبة مع انتفاخ واحمرار فى المفصل وتتبعه نوبة حمى ويشتد ذلك فى المساء والليل وربما مكث اربعا وعشرين ساعة ثم تأخذ النوبة فى الخفة كل يوم حتى تزول غالبا بعد اربعة ايام او خمسة وبذلك تنتهى النوبة الاولى ثم تبتدئ النوبة الثانية فى المفصل نفسه اوفى الرجل الاخرى اوفى مفصل آخر ثم نوبة ثالثة واحيانا رابعة ثم تعود الصحة ويقوم من تلك النوب والفترات التى بينها مايسمى بنشبة النقرس ومدتها فى الغالب خمسة عشر يوما وقد يحصل فى السير تنوع غير ذلك وبعد نوب النقرس يخلص المفصل من الاحتقان الا ان الحركة تبقى فيه بطيئة ويبقى فيه بعض تيبس يمكث زمنا ما بعد الرجوع للصحة ولكن مع طول الزمن قد تظهر تغيرات فى المفاصل المريضة وفيما حولها فقد تبقى مرتشحة او اوذيماوية وقد تبقى العضلات التى حول المفاصل فى حالة انقباض دائم مؤلم او احتقان جزئى اوتبقى تعقدات تكون اولا لينة قابلة للتألم ثم تفقد حساسيتها كلما ازداد قوامها ويتكون منها فى سمك الاربطة والاوتار اوعلى سطحها وحول المفصل شبه سبحة من اورام صغيرة تتعب الحركات اوتمنعها بالكلية ويسمى ذلك بالنقرس العقدى وقد تلتصق الاسطحة المفصلية بسبب التهاب الغشاء الزلالى والتصاقه بما جاوره وقد يتجمع حول المفصل اوفى باطنه سائل هلامى ومن ذلك السائل تتولد التجمدات اليابسة التى قد تتفرق على هيئة نقط فى حائط المفصل بحبوب

صغيرة

صغيرة ملحية تخرج احيانا من الجلد وقد يتجمع السائل فى محل واحد وكل نوبة تترك حول المفصل مقدارا من هذه المادة يمتص سائلها فى الفترة ويبقى فى الورم جوهر رخو طفلى يأخذ قوامه فى الزيادة تدريجا ثم يصير صلبا سهل الكسر ويتكون منه نواة يرسب حولها فى كل نوبة مقدار جديد من سائل يمتص كالاول ويترك بعده مقدارا من مادة ملحية فتنتج من ذلك التجمدات الكبيرة الحجم التى قد ينتهى حالها بان تحفظ فيها حالة تهيج مستدام قد يشتد فيتراكم السائل بمقدار وافر يتوتر منه الجلد بحيث يخشى تمزقه وخروج السائل منه لرقته ثم يحاط الورم بهالة حمراء لعلية ويصير الالم غير مطاق وينفتح الجلد ويخرج منه مصل كثير واما الجوهر المتجمد فى المفصل فيبقى فى عمق الخراج وبعد زمن ما ينجذب هذا الجوهر مع الصديد المتكون فى القرحة وقد تستولى الغنغرينا على هذه القروح التى التحامها بطئ وعسر جدا والظاهرات الموضعية للروماتزمى كظاهرات النقرسى وانما الفرق بينهما فى الحالة العامة للشخص وظهوره فجائى فى الغالب بدون سبب معلوم ويسهل تنقله ويشترك فى جملة مفاصل ولا يعلن به علامات سابقة فينبوعه ليس خارجا عن الشخص نهايته انه قد يسبقه تكدر فى المزاج واحتقانات فى بعض الاعضاء وسدر ودوار وطنين فى الاذن وحرارة فى الحلق ورعاف ونزيف بواسيرى وخفقان ونحو ذلك من اعراض الامتلاء المفرط المعلن باحتواء الدم على مادة ليفية كثيرة يمكن ان تهيج الاعضاء التى تلامسها فيكتسب الدم حينئذ اوصافا جديدة مهيجة ولذلك اذا فصد المريض تكونت الغلالة الالتهابية على الدم وبالجملة اعراضه الموضعية كالسابقة ومعها الاعراض العامة اى اعراض الحمى والصفة المميزة له هى تنقله وسهولة تسلطنه على القلب واعراض الجرحى التهابية قد يصيب المنسوجات المفصلية الظاهرة وقد يصيب الباطنة ففى الحالة الاولى اذا حصل الالتهاب من توتر فى الاربطة اورض فى الاجزاء المحيطة بالمفصل انتفخت تلك الاجزاء مع الالم والتوتر والاحمرار والحرارة ويصحب ذلك اضطراب وقلق وحمى وبقية العوارض الاشتراكية التابعة للالتهاب الشديد فاذا اشتد

الالتهاب استولى على الاجزاء الباطنة كالاسطحة الغضروفية والمحفظة الزلالية وانتهى بالتقيح واما الغنغرينا فنادرة ولا تحصل الامن اختناق السائل فى المفاصل فيضغط على الاوعية والاعصاب المارة فى المفصل فيشتد التوتر والانتفاخ ويزرق السطح بدون زيادة حرارة ولا الم شديد ثم تنخفض الحرارة وتظهر النفاطات وبقية علامات الغنغرينا ولكن الغالب الانتهاء بالتقيح اذا لم يعالج بوسائط التحلل

وانذار النقرسى ليس محزنا لكن يخشى خطره اذا انقطع التهابه دفعة وظهر فى عضو مهم وقد يخرم الوظائف انخراما يؤدى الى الموت لكن معظم ثقله هو تشوه المفصل وعدم حركته ويكون اكثر ثقلا كلما كان اقدم وسيما اذا كان وراثيا والروماتزمى ليس مهلكا بنفسه فان حصل ذلك منه كان الاهلاك منسوبا لتوابعه كالتهاب البلورا والتامور والقلب حينما يزول ذلك الروماتزمى دفعة وربما انتهى المزمن بعدم القدرة على المشى الا بالعكاكيز اذا كان الداء شاغلا للرجلين وقد يضمحل العضو ويقصر اذا كان شاغلا للمرفق اوالركبة فينثنى الساعد على العضد والساق على الفخذ فتنقبض العضلات انقباضا دائما ولما ويزيد انتفاخ المفصل بحيث تصير اجزاؤه كتلة واحدة متجانسة الطبيعة كالشحم المتجمد وقد يلتهب الغشاء الزلالى ويتقيح وتتأكل الغضاريف وتلين العظام وتفسد ولا تبقى واسطة الا البتر لكن هذا الانتهاء نادر وانما الغالب زوال الالتهاب ثم تجدده بعد اشهر بل سنين فدته تختلف من بعض ايام الى سنين والجرحى الحاد يكون اثقل كلما كان سببه اقوى وظاهر انه اشد ويزيد الخطر اذا كان هنا تفرق اتصال بحيث يدخل الهواء منه باطلاق فى الجرح واشتدادالعوارض الالتهابية ربما قتل اذا تهيجت الاحشاء معها تهيجا اشتراكيا والجرحى المزمن خطر دائما بل مهلك اما بمشاركة الاعضاء الرئيسة او بالضعف الحاصل من كثرة التقيح اومن هذين السببين معا

فاتقان تشخيص تلك الداآت انما يؤخذ من البحث فى الاسباب وفى كيفية الظهور وفى الاعراض والسير والمدة فان طبيعة الاسباب توضح طبيعة التغير

الذى

الذى كابده الدم والسير التام للمرض فاذا قدم للطبيب شخص معه التهاب مفصلى حاد حكم بانه من طبيعة روماتزمية اذا كانت صناعته تستدعى المشقة والتعب وكان جلده رقيقا لطيفا قوى الحساسية لانطباع البرد ويفرط فى استعمال المشروبات الروحية اوكان جسمه معرضا للبرد اوحدث له الداء فجأة اوتقدمه ببعض ساعات اويوم اويومين اعراض الحمى واصيبت منه جملة مفاصل غليظة فى آن واحد ووجد معه عرق كثير وكانت النوب غير منتظمة وطال الداء مدة ايام فى النشبة الاولى ويحكم بانه نقرسى اذا كان الشخص والعافى البطالة والكسل وعدم الرياضة ويأكل كثيرا اغذية دسمة وحصل له قبل ظهور الداء بايام تكدر فى الهضم وظهر له الداء فى الليل وفى السكون التام بدون سبب مشاهد واصيب مفصل واحد وسيما مفصل ابهام القدم ولم تظهر الاعراض العامة اى اعراض الحمى الا بعد الالتهاب وكانت على حسب شدته وذهب الالتهاب بعد يوم اويومين اوثلاثة فى النشبة الاولى فاذا طال اكثر من ذلك سار نوبا منتظمة مدة ثلاثة ايام اواربعة فتوجد نوبة فى كل مساء ولا تنتهى الا فى خمسة عشر يوما تقريبا لكن لا يلزم وجود هذه الصفات كلها فى هذين الداءين غير انه يكفى لتشخيص الروماتزمى اصابة جملة مفاصل كبيرة معا ويسبق التهابها حمى ويكون السبب هو البرد وكثيرا ما يمكن تمييزهما باقل من ذلك اذا كان المريض اصيب قبل ان يراه الطبيب ببعض نشبات لان صعوبة الفرق انما تكون عسرة فى النشبة الاولى من الداءين فاذا كان معه انحطاط واضح تدريجى فى شدة النشبات من النشبة الاولى الى التى اعرضت للطبيب كان ذلك كافيا لظن ان الالتهاب روماتزمى لما ثبت بالمشاهدة ان النشبة الاولى فيه تكون اقوى مما بعدها بل يندر ان توجد ثلاث نشبات اواربع فى دور الحدة وانما الغالب ان تكون ماعدا الاولى مزمنة اما اذا شوهدت النشبة اضعف وكان ما بعدها يأخذ فى زيادة الشدة تدريجا قرب للعقل ان الالتهاب من طبيعة نقرسية لان هذا هو السير الاعتيادى للنقرسى ويزيد العسر اذا اريد التمييز بينهما فى حالة ازمانهما لان الصفات حينئذ تكون قليلة

السفاقلوس اى الاكلة واتفق ان الطبيب كتنسون دعى سنة ١٨٢٤ عيسوية لتوليد شابة عمرها عشرون سنة قال فوجدت الاغشية لم تزل كاملة فلما انشقت ولد بعد نصف ساعة طفل ولادة طبيعية فرأيت القدم اليسرى معدومة منه منفصلة عن الساق من تحت الكعبين بيسير وكان سطح محل الانفصال ملتحما ماعدا الجزء المركزى بسبب النتو العظمى الذى فيه وكان الطفل حيا ولكنه مات بعد عشرين دقيقة ولما بحثت بعد الولادة فى اعضاء تناسل المرأة وجدت القدم فى مدخل المهبل فجذبتها حالا الى الخارج وكان محل الانفصال فيها ايضا ملتحما ماعدا الجزء الناتئ فيه العظم وما وجدت شيأ يدل على حصول نزيف من الطرف المقطوع وكانت تلك القدم اصغر من القدم اليمنى المنقلبة الى الانسية ولم يكن فيها اثر تعفن ولما قوبلت بالقدم الاخرى ظن تقريبا انها منفصلة من نحو شهرين والمرأة فى مدة الحمل لم تستشعر بما يدل على تلك الاصابة فلم تعلم الزمن الذى حصل فيه ذلك

المبحث الثانى

فى الخلع فى اطراف الجنين

قد يحصل الخلع فى اطراف الجنين وهو فى بطن امه ومن ذلك ماشاهده شوسيير فى جنين من خلع الفخذين والركبتين والقدمين وثلاثة اصابع من اليد اليسرى وذكر دوبيترن فى رسالة مهمة له ان خلع الفخذ من ذاته يحصل فى الجانبين معا فى اكثر الاحوال واقل منه فى جانب واحد قال قد شاهدت عشرين حالة من هذا الخلع فلم اره من جانب واحد الا فى حالتين ولا يدرك فى الغالب وجود هذا الخلع وقت الولادة وانما يسهل تشخيصه كلما تيسر للطفل الوقوف والمشى واخذ فى كمالهما قال دوبيترن وانما يتضح الداء بالاكثر اذا اخذ الحوض فى الاتساع وابتدأ الطفل فى الاعتياد على الرياضة الطويلة المتعبة فحينئذ يتضح منه جيدا اهتزاز الجزء العلوى من الجسم على الحوض وانحناؤه الى الامام واعوجاج القامة وبروز البطن وتحرك طرفى القطر المستعرض للحوض بحركة استدارية وعدم انثناء رأس الفخذ والحركات المتبادلة لارتفاع

وانخفاض هذا الرأس على طول الحفرة الحرقفية الظاهرة ويحصل هذا الخلع عادة الى الاعلى والوحشية فيتحول رأس الفخذ من التجويف الحقى الى الحفرة الحرقفية الظاهرة التى فى العظم الحرقفى وربما كان سبب هذا الاستبدال كما قال دبويترن الوضع الاعتيادى لساقى الجنين فى باطن الرحم فان الفخذين فى هذا الوضع تكونان منثنيتين جدا على البطن ورؤسهما يفعلان دائما فعلا ضيقا على الجزء الخلفى السفلى لمحفظة المفصل وذلك الفعل لا يضر الجنين الجيد التركيب وانما يضر من كانت منسوجاته قليلة المقاومة فينقاد الجزء الخلفى السفلى من محفظة المفصل لرأس الفخذ ويتركه ليمر منه فيحصل الخلع ويكفى لادراك تحول ذلك الرأس الى الاعلى والوحشية ان يتذكر ان العضلات القوية المحيطة بالمفصل العلوى للفخذين تميل دائما لان ترفع الى الاعلى رأس هذه العظام عند خروجه من الحفرة الحقية كما ذكر ذلك دبويترن فى رسالته المؤلفة فى ذلك وجعل هذا الجراح الماهر قواعد المعالجة مؤسسة على السكون والوسائط المخصوصة بتثبيت الاجزاء الرخوة المحيطة بالمفصل ومعارضة ارتفاع رأس الفخذ للحفرة الحرقفية ويعسر جدا فعل هذه الوسائط فى الاطفال الرضع ولكن يمكن اقله ان لا يجتهد فى سرعة مشيهم ولا يمرنوا بقصد اعطائهم القوة على الوقوف على الساقين لان من المعلوم ان ثقل الجسم يعين اذ ذاك على رفع رأس الفخذ للحفرة الحرقفية ومن اراد زيادة عن ذلك فعليه بالرسالة المذكورة فان فيها الكفاية

قال اولفيير وهنالك سبب آخر للخلع الخلقى فى الفخذ يعلم من المشاهدات والصور المرسومة التى ذكرها كروفليير لهذا العيب الخلقى فى كتابه فى التشريح المرضى فانها تدل كما ظن ذلك دبويترن ايضا على ان هذا التشوه كانقلاب القدم ناشئ من الوضع الخاص لاطراف الجنين فى الرحم قال ولقد كلفنى مجمع ديوان الاطباء ان ابحث فى جنين مشوه ولد فى سبعة اشهر فرأيت فيه سببا خاصا للخلع الخلقى فى الفخذين وذلك ان العجز كان غير موجود وانما كان محله من الحوض متمما من كل جانب بالتصاق العضلات الالية ببعضها بحيث تكون من انضمامها

بعضها شبه عضروف مستطيل عمودى تحت النتوآت الشوكية القطنية فتلك العضلات باندغامها من الخلف فى محل بعيد جذبت الفخذين الى الخلف والاعلى بحيث صار رأسهما اعلى ووحشى الحفر الحقية التى كانت جيدة التكون وتلك الحالة ترد رأى كثير من المؤلفين الذين يرون ان الخلع المذكور قد يكون نتيجة ضيق التجاويف الحقية اوغورها الغير الكافى لقبول رأس الفخذين لان هاتين الحفرتين هنا كانتا واسعتين عميقتين بحيث كان يسهل دخول هذين العظمين فيهما وسوى ذلك ان عيب التكون الذى نتج عنه جذب رأس الفخذين الى خارج التجاويف الحقية انما حصل فى الاشهر الاول من الحياة داخل الرحم فنتج من هذه المشاهدة التى لا اعرف لها نظيرا ان التجاويف المفصلية فى الجنين لا يزول اثرها وان لم تحتو على اطراف العظام المعدة هى لقبولها وربما استخرج ايضا من هذه المشاهدة نتيجة اخرى وهى ان التجاويف المفصلية فى الادوار المختلفة لنمو المجموع العظمى تتكون بدون ان تحتاج لقالب تأخذه من الاسطحة التى يلزم ان تلامسها لان من الواضح ان الوضع الغير الاعتيادى للفخذين فى هذا الجنين حصل فى الازمنة الاول من الحياة الجنينية ومع ذلك كانت الحفر الحقية متكونة بشكلها واقطارها اللازمة لان تنطبق بها بالضبط على رأس كل فخذ فهذا الامر الواقعى الغريب يحقق لنا القاعدة الكلية التى ذكرها بكلار وهى ان شكل العظام يكون فى الاحوال الاعتيادية المنتظمة كشكل الاعضاء الاخر حاصلا فى الابتداء من شكل الاصول الخلوية الوعائية التى يتكون منها لها الجمة التغذية اى جوهرها الخاص

المبحث الثالث

فى تفرق الاتصال والكسر الخلقى فى الجنين

قد يحصل ايضا للجنين تفرق اتصال فى العظام سواء كان ذلك من وقوف النمو اومن سبب من اسباب الكسر الشبيه بذلك فى الكبار قال بليار قد اجتنيت مشاهدة تثبت امكان تفرق الاتصال بسبب وقوف النمو وهى ان طفلا عمره

شهران مات فى بيت اللقطاء بالتهاب رئوى حاد فلما بحثت فى جثته رأيت الفخذ متحركة من جزئها المتوسط بحيث كان فيه شبه مفصل كاذب وبالبحث فى هذا الجزء ظهر ان هنالك تفرق اتصال فى الجوهر العظمى من وسط الفخذ سعته اربعة خطوط وتلك المسافة مملوءة بجوهر غضروفى سميك طرفاه ملامسان لطرفى العظم كملامسة النتوات حال غضروفيتها للاعظام الناتئة هى عليها ولم تكن هذه الفخذ اطول من فخذ الجانب الآخر فلم تكن المسافة التى ذكرناها مكونة من جوهر راسب بين قطعتى العظم وانما هى من الاصل الغضروفى لذلك العظم ولم يحصل تعظمه لامر ما غير اعتيادى ويجوز ان يكون من هذا القبيل اى من وقوف النمو ماذكروه من مشاهدة كسور متضاعفة كثيرة فى الطفل الواحد وذكر شوسيير امثلة من ذلك فيظهر ان اتصال الالياف العظمية فيها انقطع من وقوف النمو ولذلك يشاهد فى محاذاة ذلك متوسطات غضروفية دخلت فيما بينها وخشنت اسطحتها المتلاقية حتى انضمت معها كالاسطحة المتقابلة من العظم الوتدى والجزء القاعدى من القمحدوة فى الصغار

ثم ماعدا هذا النوع الخاص من تفرق الاتصال قد يحصل فى الجنين مدة اقامته فى الرحم كسور حقيقية بل ربما وجد فى تلك الكسور احيانا وقت الولادة ابتداء التيبس والالتحام وقد اعرض الطبيب دوفيرجى لديوان الاطباء سنة ١٨٢٥ عيسوية مشاهدة امرأة كانت حاملا فى ستة اشهر فالتطم بطنها لطمة قوية فى زاوية طاولة عند سقوطها من كرسى مرتفع فحصل لها الم قوى جدا ودام معها زمنا ما ولم تقدر على تسكينه ثم اخذ بنفسه فى التناقص حتى زال ولما تمت الاشهر الاعتيادية للحمل وضعت ولدا قوى البنية ولكن معه ورم كبير الحجم فى القسم الترقوى الايسر ومات فى اليوم الثامن ولما بحث فى جثته وجد كسر فى الترقوة تراكبت قطعتاه على بعضهما قليلا واتصلتا بواسطة اندمال متين كبير الحجم هو الذى تكون منه الورم الذى ذكرناه فيقرب للعقل من هذه المشاهدة ان الصدمة الشديدة التى حصلت على بطن الام قبل الولادة بشهرين اوثلاثة هى السبب للكسر المتيبس الذى وجد فى ترقوة

جنينها ونظير ذلك ايضا ما وقع لشابة جيدة البنية عمرها خمس وعشرون سنة وكانت حاملا فى ستة اشهر فعرض لها سقطة على بطنها فاستشعرت حالا بتحرك الطفل حركة قوية غير ان هذه الحركات لم تلبث قليلا حتى سكنت وانقطعت فلما كملت مدة حملها ولدت بدون عارض ولدا نحيفا ضعيفا جدا وعلامات الحياة فيه قليلة ومعه فى ساقه اليمنى جرح مستعرض طوله تسعة خطوط وحافتاه محمرة مسترخية ويمتد من احد الكعبين الى الآخر وكان مصيبا للجلد والعضلات التى تحته ومصحوبا بكسر فى القصبة التى انفصل جسمها بالكلية عن النتو البارز الغضروفى السفلى وخرج من الجرح باتجاهه الى الوحشية ففقد سمحاقه وصار ردىء المنظر فاجتهد فى رجوعه فلم يفد فاضطر لتركه لان حوافى الجرح اصيبت بسفاقلوس واخذ موت العظم فى التقدم وامتد الداء بسرعة ومات الطفل فى اليوم الثالث واستنتج من ذلك ان الجنين قد يصاب مدة اقامته فى الرحم بآفات تصير بعد الولادة مهلكة وكثيرا ما يشاهد الكسر فى الاطراف مدة الولادة او بعدها ويعرف بنفس العلامات التى يعرف بها فى الكبار البالغين ويعالج بنفس الوسائط التى تعين على التحامه

الفصل الثالث

فى آفات المفاصل

آفات المفاصل لا تختلف غالبا عن ما فى الكبار وقد شوهد الالتهاب المفصلى الحادث فى المولودين فلنذكره اولا ثم نتبعه ببيان مختصر فى تشخيص انواع الالتهاب المفصلى ففى هذا الفصل مبحثان

المبحث الاول

فى الالتهاب المفصلى الحادث فى المولودين

قال اوافيير من المعلوم ان البحث التشريحى فى جثث المولودين بعد الموت يحقق ما قاله قدماء الفلاسفة من ان البنية البشرية قابلة من ابتداء تكونها وهى فى رحم الامهات للاصابة بالآفات التى سلطها الله على النوع البشرى والامثلة لذلك لم تزل تتكاثر وتتتابع كل يوم ومنها يعلم ان امراض الاطفال

تكاد

تكاد ان لا تختلف عن امراض غيرهم في النوع ولا في الصفات ومن امثلة ذلك
الالتهاب المفصلي في الاطفال والمؤلفون الى وقتنا هذا لم يتكلموا عليه واول
من ذكره الآن هو الطبيب تيلار لاتيرس في رسالته البحثية في الالتهاب
المفصلي الحاد التي قدمها بمدرسة الطب بباريس سنة ١٨٣٣ ويمكن ان
جهل ذلك الى الآن انما نشأ كما قال هذا الطبيب من اهمال الاطباء غالبا
البحث في المفاصل من جثث الاطفال والذي ارشده للبحث فيها كما قال انما هو
وجدانه خراجات غير الى الرئة فالتزم ان يبحث هل يوجد في الاطفال المولودين
موافقة في الظاهرات المرضية مثل ما يشاهد غالبا في الكبار البالغين فوقف
هذا الطبيب من ذلك على ثلاثة امثلة التزمنا ان نذكرها هنا باختصار
المشاهدة الاولى * طفل عمره ثلاثة ايام دخل بيت المرضى يوم العشرين من
اووت سنة ١٨٣٢ عيسوية فكان لسانه احمر الحوافي وكان معه اسهال مواد
مخضرة وفي السابع والعشرين ظهر في فمه موجيت وتقرح في قيد اللسان
ومات في التاسع والعشرين فوجد فيه تجمعات صديدية واندفاعات دخنية
تحت البلورا يحيط بها هالات بنفسجية وتنتشر متفرقة على سطح الرئتين
ووجد كل من المفاصل الحرقفية الفخذية والمفصل الفخذي القصبي الايمن
محتويا على مادة زلالية صديدية محمرة والغشاء الزلالي احمر ولون الغضاريف
اصفر كدرا والمفصل الكتفي العضدي الايمن محتويا على سائل مصلي صديدي
والايسر على صديد خالص ووجد تجمع صديدي بين العضلات ذات الرأسين
والغرابية العضدية والذالية وكان القيفال النافذ من هذه البورة احمر غليظا
ووجد خراج متكيس قرب رسغ اليد اليسرى ولم يوجد في المخ ولا في متعلقاته
ما هو عظيم الاهتمام ووجدت المثانة متمددة جدا بالبول * والمشاهدة الثانية
طفل عمره اربعة ايام ومعه تيبس في المنسوج الخلوي الذي في الاطراف
والقسم الظهري ثم عرض له اسهال وتغير في تخاطيط الوجه ومات بعد بعض
ايام فوجد كل من المفاصل الحرقفي الفخذي الايمن والفخذي بين القصبين
والقصبي النسغي الايسر والزندي الرسغي الايسر مملوأ بالصديد والغضاريف

صفراء وسخة بدون تغير فى منسوجها ووجد فى جلد الوجه الظهرى للمفصل الزندى الرسغى صفحة حمراء ولم توجد خراجات فى العضلات ولا فى الرئتين وانما كانت حافتهما الخلفية مجلسا لارتشاح صديدى وبقية الاعضاء سليمة

*والمشاهدة الثالثة طفل نوعمى مذكر عمره ستة ايام حمل للمارستان فى السادس عشر من سبتمبر سنة ١٨٣٢ وكان لسانه احمر الحوافى مع بروز فى الحلمات ومعه اسهال اخضر وتيبس فى المنسوج الخلوى من الظهر ثم حسنت حالة الطفل بحيث اعطى فى الثامن عشر للمرضعات المتقاعدات وفى السابع والعشرين من الشهر دخل المارستان ثانيا ومعه احمرار شديد فى الغشاء المخاطى الفمى المبذور فيه صفحات من الموجيت ورجع له الاسهال الاخضر وظهر فيه الهبوط والنحول واخذت تلك الاعراض فى الازدياد حتى مات فى السابع عشر من اوكتوبر فوجد معه بعد الموت نحافة زائدة وخشكريشة فى العجز مع تعرية للعظم وقرحة مستديرة فى الجزء الوحشى من المرفق الايسر عمقها متصل بالمفصل ولون الغضاريف مصفرا والنتو الغضرو فى السفلى للفخذ منفصلا من العظم ووجدت بورة صديدية تحت الكتف والعضلة الكبيرة الظهرية وفساد تام للعضلة المسننة الكبيرة والعضلة تحت الكتف ولم يوجد فى الاوردة اثر للالتهاب ووجد المفصل الفخذى القصبى الايسر محتويا على صديد والغضاريف سليمة والمفصل الحرقفى الفخذى الايمن يصل بواسطة قناة ناصورية الى التجمع الصديدى الموجود فى الحفرة الحرقفية اليمنى ووجدت العضلات الحرقفية وابسواس تالفة بالكلية والمخ وتوابعه فى حالة سليمة وفى الجزء الخلفى من الرئتين ارتشاح صديدى والتيموس تحول الى جيب مملوء صديدا ومعه موجيت فى الفم والمرىء وابن جزئى فى المعدة وسهولة تمزق فى الغشاء المخاطى الذى فى الجزء العلوى من المعا الدقيق وانتفاخ فى صفحات بيير وتمدد فى المثانة بسبب وجود مقدار عظيم من البول فيها

فهذه المشاهدات الثلاث مشابهة لبعضها لان فى كل منها مفاصل ذوات بورات صديدية واغلبها هو اكبر مفاصل الجسم والغضاريف فى جميعها متحدة

فى

فى المنظر مصفرة كحالة الغشاء السينوفيالى اى الزلالى ويعسران يختار
فى واحدة منها ان التجمعات الصديدية المفصلية كانت نتيجة العمل
الشاق اللازم للولادة الشاقة او الجذبات الشديدة او الحركات القهرية التى
تفعل فى الطفل لان مثل تلك الاسباب لا تؤثر فى جملة محال هكذا فى آن واحد
وانما يعرف من المشاهدة الاولى ان التغيرات المذكورة انما كانت بالاكثر نتيجة
امتصاص صديدى ولا بأس بتسميتها التهابات مفصلية انتقالية اما الحالة
الثانية فلم يكن فيها اثر لالتهاب وريدى ولا لخراجات فى الرئة ولا فى العضلات
وانما وجد فيها احمرار حول رسغ اليد المريضة وتلك حالة قد تعين على ظن انه
كان معه فى حياته احتقان التهابى كالافات الروماتزمية المفصلية فاذا لم يشاهد
ذلك قبل الموت بزمن ما فذلك لما جرت به العادة من اهمال كشف الاطفال
والتأمل فيهم عند عيادتهم فيبقى معظمهم ملتفا بثيابه اذا لم يكن هنالك سبب
يستدعى البحث فى الصدر او البطن والمشاهدة الثالثة فيها شبه بالاولى وكان فيها
تقيح بدون التهاب وريدى والتهاب مفصلى انتقالى وانما اتضحت فى المشاهدة
الثانية آثار الالتهاب المفصلى وسبب التغيرات الموجود فى الرمة فنتج من ذلك
ان هذا الالتهاب الذى يكون فى الكبار البالغين مؤلما يظهر انه لا يسبب
فى الاطفال المولودين الما شديدا لانه لم يشاهد فيهم اضطراب ولا صياح اذا
طبعت فيهم حركات او نحوها غير انا نقول ينبغى تحصيل جملة مشاهدات حتى
يحقق منها ما ذكر

ثم ذكر اولفيير مشاهدة مهمة اجتناها الطبيب واليس سنة ١٨٣٥
فيها انفصال كثير من النتوات الغضروفية المنسوبة للعظام الطويلة وتولدات
عظمية جديدة وانما تركنا ذكرها هنا خوف الاطالة واستنتج منها حسبما قاله
واليس ان خراجات الاطراف والحوض قد تنشأ فيهم من تغير العظام وتتسبب
عن الداء الزهرى واما التولدات العظمية المذكورة فى تلك المشاهدة فيعتبرها
نظير ما سماه لوبستين بذلك فى الداآت الزهرية وتلك التولدات سريعة التكون
ولذلك ذكر ايضا انه رأى فى حالة سيفاليماتوم انه ارتفع فى نحو يومين حوية

عظمية علوها خط ونصف

المبحث الثانى

فى الالتهاب المفصلى فى سن اعلى من ذلك

الالتهابات المفصلية فى الاطفال وان كانت نادرة بانواعها اعنى سواء كانت نقرسية اوروماتزمية اوجرحية الا انها قد توجد فيهم وكثيرا ماتشتبه تلك الا فات ببعضها ولذلك التزمنا لكمال التشخيص ان نوضح بالاختصار اوصافها فنقول هذه الالتهابات تحصل فى الاطفال من المبادرة بمشيهم قبل اوان المشى اومن سرعة مشيهم وسقوطهم على مفاصلهم لوتحمل تلك المفاصل ثقل اجسامهم فيحصل لهم من ذلك مايحصل للكبار ويتعبون منه تعبا عظيما وربما عرضت لهم استسقاآت فى اغشية المفاصل وآفات اخرمفصلية من اسباب خارجية كالحركات العنيفة من الخارج وزيادة تمدد المفاصل والخلع والجروح المفصلية وجميع مايقطع العرق فى الاقدام اوغيرها من اجزاء الجسم وارتداع آفا ت جلدية الى الباطن كالقوبا والحزة اى غيبوبتها بغتة والبرد الرطب والمهيجات المستطيلة المدة فى الغشاء المخاطى المعدى المعوى والتغذية الكثيرة وسيما الدسمة وهذه الاسباب منها مايحدث الالتهابات المفصلية من غيرتمييز بين سن وذكورة وانوثة ومزاج وكيفية معيشة وغيرذلك ومنها مايلزم لاحداثه الداء بعض شروط مهيئة كالمزاج الدموى والامتلاء والسمن وقابلية التهيج فى الجلد والمجموع الليفى المفصلى اونقول بوجه آخر ان الالتهابات المفصلية منها مايصدر من اسباب خارجية لاغيرومنها مايحتاج للاستعانة باسباب باطنية فلايحصل الامن تأثيرالنوعين معا ومنها ماينشأ من تأثير الاسباب الباطنة فقط فالاولى يقوم منها الالتهاب المفصلى الجرحى والثانية الروماتزمى المفصلى والثالثة النقرسى فيكون لكل من تلك الا فات الثلاثة اسباب مخصوصة واختلاف اسبابها يدل على اختلاف طبيعتها والاعراض العامة لتلك الا فات الثلاث اوالاشكال الثلاثة المنسوبة لمرض واحد على مايراه بعض المؤلفين هى انه اذا كان الالتهاب المفصلى حادا مهما كان سببه

كانت اعراضه الم وانتفاخ وحرارة فى المفصل المريض واحيانا لون وردى فى الجلد المغطى له وتعسر اوتعذر فى حركة العضو واعراض تنسب لآفات القناة الهضمية والقلب والمخ فينشأ من ذلك فقد شهية وعطش وغثيان وقىء وتواتر نبض وزيادة حرارة فى الجلد واحتقان فى الوجه والاعين وصداع وهذيان فاذا كان الالتهاب المفصلى مزمنا كانت العلامات العامة للآفات الثلاثة هى الالم وتعب الحركة ولا يتحرض اذ ذاك اعراض من الاعضاء البعيدة ولا حرارة ولا انتفاخ موضعى اواذا وجد هذان كانا خفيفين جدا فهذه الاشياء كلها ربما اخذ منها ان هذه الآفات الثلاثة منسوبة لآفة واحدة كما فهم ذلك بعضهم مع انها متخالفة والفروق التى تفصلها عن بعضها عديدة

تشخيص الالتهابات المفصلية * المفصلى الجرحى يكون دائما مقصورا على المفصل الذى اثر عليه السبب والروماتزمى يشغل غالبا جملة مفاصل فى آن واحد والنقرسى يشتبه مع الروماتزمى بالنظر لهذا الاخير والمفصلى الجرحى لا يترك المفصل الذى ظهر فيه ويستولى على آخر بخلاف الروماتزمى والنقرسى فانهما يغيران محلهما بسهولة عظيمة والمفصلى الجرحى يكون دائما واما الروماتزمى فيكون فى الغالب متقطعا واذا لم يكن كذلك لم يكن له السير المنتظم الذى للجرحى وانما ينقطع ثم يظهر وينقص ثم يزيد وهكذا مرات كثيرة فى سير الداء والنقرسى يأتى نوبا وكل نوبة تدوم غالبا ست ساعات اوثمانيا وتشتد قليلا فى المساء وبعد جملة نوب ينقطع الداء ثم يظهر بعد بعض ايام تابعا السير الذى سلكه فى النشبة الاولى والجرحى يتبع فى الغالب مع الانتظام سير التزايد والوقوف والانحطاط العامة لمعظم الالتهابات والروماتزمى يتبع غالبا فى ابتدائه سيرا سريعا بحيث يصل لاعلى شدته فى زمن يسير وشفاؤه كثيرا ما يكون فجائيا ايضا كظهوره ونوب النقرسى تأخذ فى زيادة الشدة والاولى هى الاقوى والاخيرة هى الاضعف والجرحى ليس له ميل للرجوع والعود ورجوعه يحتاج لعارض جديد بخلاف الروماتزمى فلنه يميل دائما للظهور ثانيا لان بعض اصوله موجود فى البنية ومع ذلك يلزم تجديد تأثير السبب حتى يعود الداء

والنقرسي يحصل غالبا بدون سبب محدث له فتغاير تلك الاحوال يفيدنا تغاير
تلك الآفات مع ان هذه الصفات الفارقة بينهما لم يستفد منها طبيعتها بخلاف
الصفات المشتركة بينهما فانه ربما استفيد منها ذلك ولذا يصح ان لا يهتم بكون
الالتهاب المفصلي مقصورا على مفصل واحد اوشاغلا لجملة مفاصل وثابتا
او متنقلا ومستداما او متقطعا ومنتظما اوغير منتظم في السير ونحو ذلك
وانما يكفي في جميع الاحوال والاشكال ان يظهر بالم وانتفاخ وحرارة واحمرار
اذا كان حادا فمن ذلك يستنتج ان طبيعة الانواع الثلاثة متحدة وانهما التهابية
والتشريح المرضي هنا له نفع جليل في ايضاح المقام ووا اسفاه حيث لم يتضح
لنا منه الى الآن الامعارف غيرا كيدة ومع ذلك فالقلب الى التغاير اميل
بل ربما كان غير مشكوك فيه وان الجرحي يقوم من التهاب خالص بسيط
في المنسوج الليفي والمصلي المعينين على تكون المفصل ومن المعلوم ان
هذا الالتهاب يبقى موضعيا كسببه وثابتا مستداما منتظما وغير قابل للعود
وانه يوجد في الروماتزمي ماعدا الالتهاب المفصلي تغير في الدم الذي يتعلق به جزء
من هذا الالتهاب وبهذا الفرض يتضح جيدا لأي شيء يكون ظهور هذا الداء
مسبوقا مدة ما بالسقوط والهبوط وباحتقانات اعضاء مختلفة وبسدر ودوار
وصداع وطنين في الاذن ورعاف وحرارة في الحلق وخفقان وعسر تنفس
ونزيف بواسيري ونحو ذلك ولأي شيء يكون الدم الخارج بالفصد غلاليا
على الدوام ويتضح به ايضا كثرة تنقل الداء وزواله الوقتي من مفصل وظهوره
الفجائي في آخر وتوزعه في جملة مفاصل وسهولة تسلطنه على منسوج القلب
وعدم انتظامه ومدته التي هي في الغالب اطول من مدة النوع السابق وان
في النقرسي حصل في تركيب المنسوجات المفصلية من زمن طويل تنوع
عندما اصيبت بالالتهاب صارت به اكثر استيقاظا وممتعة بزيادة حيوية اكثر
مما في الحالة الاعتيادية عند اشخاص اخر واكثر قابلية للتهيج مما تستدعيها
طبيعتها وظائفها وما عدا ذلك يكون الدم محملا تحملا زائدا لمواد مغذية وربما
اخذ ذلك مما هو معلوم من ان هذا النقرسي يشاهد بالاكثر في الاغنياء

لافراطهم

لافراطهم فى استعمال الاغذية الجيدة المولدة كثيرا للدم المتحمل لمواد كثيرة مغذية تحيى جميع منسوجاتهم فتعطى لمفاصلهم درجة عظيمة من الحساسية لاتتوافق مع الوظائف الضعفية التى تتم حول المفاصل ويوضح ايضا بذلك السبب زيادة العسر فى ازالة الاستعداد للنقرسى متى حصل وميل نشبانه الى العود ويعلم به ايضا لاى شئ تصير الرياضة لازمة للمنقرسين لما انها يتفق بها افراط زيادة المواد المغذية وتكون البطالة مضرة لهم ويؤخذ منه السبب الطبيعى ايضا لوجود الحمض البولى فى المواد المجمدة التى توجد حول المفاصل لان العنصر البولى من الجواهر الاقوى حيوانية فى البنية وبالجملة جميع ماهو مهم فى شرح النقرسى يتضح من هذا الفرض الذى فرضناه وينكشف به ايضا تميز الانواع الثلاثة التى تظهر لغير المتأمل متحدة

ومن حيث ان الصفة الالتهابية عامة للانواع الثلاثة من الالتهاب المفصلى يلزم من ذلك ان المعالجة المضادة للالتهاب تناسب فى جميعها غيران مناسبة ذلك العلاج ليست فى جميعها بدرجة متساوية وانما هو الواسطة الاصلية الوحيدة لشفاء النوع الاول ويحتاج غالبا لان يكون شديد الفاعلية لاجل الثانى ويعين عليه لاجل شفاء الثالث ادوية اخرى منفعتها اعظم منه بحيث لايكون الاثانويا تابعيا ويكابد ذلك العلاج المضاد للالتهاب تنوعات فى كل من الثلاثة سواء فى اختيار الوسائط اوفى وضعها فالحرحى اذا كان موضعيا كسببه يكفى لشفائه غالبا معالجة موضعية كالعلق والوضعيات المرخية اوالمحللة فاذا لم ينقد لها مع كونها استعملت استعمالا مناسبا جاز ان يظن وجود سبب عام ملازم للشخص يعارض الشفاء فاذا كان الالتهاب ماعدا ذلك مستدامًا ثابتا لزم بدون ان يخاف من تسلطه على عضو باطن ان يجتهد فى ابطال عوارضه من الابتداء مهما كانت شدته بالوضعيات الرادعة فاذا لم يكن له ميل للعود لم يحتج للاحتراسات الصحية للتحرز من ذلك واما الروماتزمى فمرتبط كما قلنا فى معظم الاحوال بتغير فى الدم وبسبب ذلك يشغل فى العادة جملة مفاصل فى آن واحد ويكون غالبا متقطعا متنقلا سهل الانتقال

والعود فاذا كان تغير هذا الدم حقيقيا لزم ان لا نكتفى فى الغالب المعالجة الموضعية وانما تنال من الوسائط العامة نتايج اسرع واوضح من الموضعية ومن حيث ان طبيعة تغير الدم غير جيدة المعرفة ينبغى ان تكون هذه الوسائط فى الغالب تجربية اى ان لا تكون لها نسبة واضحة بالنتايج التى توصل اليها فالتجربة تؤكد جميع هذه القواعد المأخوذة من البيان العلمى ولذلك استفدنا منها ان الوضعيات غير نافعة بل مضرة فى الروماتزمى وان العلق هو الواسطة الوحيدة التى فيها النفع ولكن الغالب كون منفعته ثانوية ومحدودة وان الافصاد العامة والمعرقات والمخدرات والتدبير الغذائى اللطيف هى الاساس القوى للعلاج وان الروماتزمى كثيرا مايشفى بوسائط لا يمكننا توضيح كيفية تأثيرها كالمقيئات مثلا بكمية كبيرة وكثرة تقطع هذا الداء وانتقاله يخاف منها تحوله للاعضاء المهمة وتوصلنا من نفسها لان تمنع علاجه بالوضعيات القابضة اوالرادعة فقد ثبت بالتجربة خطر هذه الادوية فى معظم الاحوال ولا تنفع الا فى بعض احوال قليلة جدا كأنها مستثناة من القاعدة العامة وسهولة عوده يؤخذ منها لزوم التحرز من رجوعه بالاحتراسات الصحية والتجربة تؤكد ذلك كل يوم

واذا كان حقا ان تركيب المنسوجات المفصلية كابدت من مدة طويلة تنوعات عميقة حتى اصيبت بالالتهاب وان هذا التنوع يقوم من كون هذه المنسوجات صارت اقوى حيوانية مما فى الحالة الاعتيادية وانها ممتعة بحيوية قوية وقابلية عظيمة للتهيج غير مناسبة للوظائف الضعفية التى تتم حول المفاصل لزم ان نستنتج من ذلك ان الغاية الرئيسة للعلاج هى ارجاع المنسوجات لبنيتها الاعتيادية فلذلك يكون العلاج الموضعى هو المخصوص بمقاومة بعض الاعراض غير انه ضعيف الفعل بالنظر لمقاومة الداء ونجرى على هذا الرأى فى انواع الادوية التى اوضحوا بها عموما لمقاومته فاننا نعلم علة لزوم تولده ثانيا فى جميع الحياة بالسبب الذى حصل به اولا ونوضح عدم قابليته للعلاج حسبما زعموا ونستخرج من ذلك نتيجة عملية وهى مراعاة التدبير الغذائى القاسى فقط المستطيل مدة

طويلة

طويلة حتى يؤثر تأثيرا واضحا فى تغذية جميع الاعضاء وتركيب الدم وبذلك يرجى شفاء النقرسى لكن اذا استديم على ذلك استدامة مناسبة ولم يكن الداء قديما وطبيعة هذا التدبير تؤخذ من طبيعة الداء فيلزم ان تكون الاغذية اقل تنبيها وتغذية ما امكن وقد ثبت بالتجربيات منفعة هذا التدبير

وتختلف ايضا تلك الانواع الثلاثة فى المجلس والاسباب فالنقرسى محله فى الاربطة والسمحاق والغشاء الزلالى فيقوم من احتقان وسموكة وانصباب مواد فى باطن المفصل وهو يندر فى الاطفال كما يندر فى النساء قبل سن اليأس لان سيلان الطمث فيهن كل شهر يخلصهن من افراط التغذية الدموية ومعظم اسبابه هو ذلك كما علمت والاطفال مثلهن فى ذلك فان التغذية وان كانت كثيرة فيهم الا انها تتعادل مع نمو جميع اعضائهم فادام هذا النمو فيهم غير منته لم يبق تأثير لكثرة المواد المغذية فلا يحصل منها رسوب نحو المفاصل ولذلك يحفظون غالبا منه ولا يصاب به الامن وقف فيه النمو فاصابته للكبار البالغين اكثر من اصابته للاطفال والمؤلفون اتفقوا على ذلك وهو دليل على صحة البيان العلمى الذى ذكرناه وهو ان سببه الرئيس هو افراط المواد المغذية فى الدم فلا يصاب به الامن وقف نموه لان المواد المغذية تبقى بعينها فى الجسم عوضا عن ما تحلل منه ولا يزيد منها شئ فاذا افرطت التغذية تولد منها الداء ولذا كان اكثر من يصاب به من هو كثير الاكل وعدم الرياضة يعين عليه كافراط الاشغال العقلية والروماتزمى هو التهاب المجموع الليفى الزلالى الذى فى المفاصل مع تغير فى الدم بحيث يصير اكثر تجبامنه فى الحالة الاعتيادية فمجلسه هو مجلس النقرسى وتقل اصابته للاطفال ويصيب الذكور اكثر من الاناث وليس عندنا ادلة قوية تثبت انتقاله بالوراثة من الاصول للفروع وانما هنالك بعض امثلة تشهد بذلك وربما حدث من زوال آفة جلدية اوقطع نزيف اعتيادى اوضربة اوسقطة مع استعداد فى الشخص له واقوى اسبابه البرد الرطب وربما ظهر على رأى بعضهم من طول استعمال الادوية الزيبقية واما الجرحى فيحصل دائما من فعل عنيف خارجى وقد يصيب المنسوجات المفصلية فهو داء عارضى

يكون فى الغالب حادا وظاهر انه تقبل الانتهابات الثقيلة وينبغى عده من المضاعفات الكثيرة الخطر لخروج المفاصل وللعمليات التى تعمل بقربها واما اعراض كل نوع من تلك الانواع فالنقرسى قد يسبقه تكدر فى الهضم ولذا زعم سيدنام ان المعدة هى التى تصاب بالالتهاب بالذات وبعضهم يرى انها تصاب بالضعف وبعضهم يرى ان الداء كثرة فى الصفراء او كثرة دم فى مجموع الوريد الباب او انه تابع لآفة فى وظائف الكبد وزعم بروسيه ان معظمه يحصل من التهاب مزمن فى المعدة ولكن المشاهدات لا تساعد شيأ من ذلك فان المعدة عند المنقرسين تكون قوية سليمة ثم يظهر الم شديد متنوع فى ابهام الرجل واحيانا فى العقب او فى المفصل القصبى النسغى واحيانا فى رسغ اليد او فى الركبة مع انتفاخ واحمرار فى المفصل وتتبعه نوبة حمى ويشتد ذلك فى المساء والليل وربما مكث اربعا وعشرين ساعة ثم تأخذ النوبة فى الخفة كل يوم حتى تزول غالبا بعد اربعة ايام او خمسة وبذلك تنتهى النوبة الاولى ثم تبتدئ النوبة الثانية فى المفصل نفسه او فى الرجل الاخرى او فى مفصل آخر ثم نوبة ثالثة واحيانا رابعة ثم تعود الصحة ويقوم من تلك النوب والفترات التى بينها ما يسمى بنشبة النقرس ومدتها فى الغالب خمسة عشر يوما وقد يحصل فى السير تنوع غير ذلك وبعد نوب النقرس يخلص المفصل من الاحتقان الا ان الحركة تبقى فيه بطيئة ويبقى فيه بعض تيبس يمكث زمنا ما بعد الرجوع للصحة ولكن مع طول الزمن قد تظهر تغيرات فى المفاصل المريضة وفيما حولها فقد تبقى مرشحة او وذماوية وقد تبقى العضلات التى حول المفاصل فى حالة انقباض دائم مؤلم او احتقان جزئى او تبقى تعقدات تكون اولا لينة قابلة للتألم ثم تفقد حساسيتها كلما زاد قوامها ويتكون منها فى سمك الاربطة والاوتار او على سطحها وحول المفصل شبه سبحة من اورام صغيرة تتعب الحركات او تمنعها بالكلية ويسمى ذلك بالنقرس العقدى وقد تلتصق الاسطحة المفصلية بسبب التهاب الغشاء الزلالى والتصاقه بما جاوره وقد يتجمع حول المفصل او فى باطنه سائل هلامى ومن ذلك السائل تتولد التجمدات اليابسة التى قد تتفرق على هيئة نقط فى رباط المفصل بحبوب

صغيرة

صغيرة ملحية تخرج احيانا من الجلد وقد يتجمع السائل فى محل واحد وكل نوبة
تترك حول المفصل مقدارا من هذه المادة يمتص سائلها فى الفترة ويبقى فى الورم
جوهر رخو طفلى يأخذ قوامه فى الزيادة تدريجا ثم يصير صلبا سهل الكسر
ويتكون منه نواة يرسب حولها فى كل نوبة مقدار جديد من سائل يمتص
كالاول ويترك بعده مقدارا من مادة ملحية فتنتج من ذلك التجمدات الكبيرة
الجم التى قد ينتهى حالها بان تحفظ فيها حالة تهيج مستدام قد يشتد فيتراكم
السائل بمقدار وافر يتوتر منه الجلد بحيث يخشى تمزقه وخروج السائل منه
لرقته ثم يحاط الورم بهالة حمراء لعلية ويصير الالم غير مطاق وينفتح الجلد ويخرج
منه مصل كثير واما الجوهر المتجمد فى المفصل فيبقى فى عمق الخراج وبعد زمن ما
ينجذب هذا الجوهر مع الصديد المتكون فى القرحة وقد تستولى الغنغرينا
على هذه القروح التى التحامها بطئ وعسر جدا والظاهرات الموضعية
للروماتزمى كظاهرات النقرسى وانما الفرق بينهما فى الحالة العامة للشخص
وظهوره فجائى فى الغالب بدون سبب معلوم ويسهل تنقله ويشترك فى جملة
مفاصل ولا يعلن به علامات سابقة فينبوعه ليس خارجا عن الشخص نهايته انه
قد يسبقه تكدر فى المزاج واحتقانات فى بعض الاعضاء وسدر ودوار وطنين
فى الاذن وحرارة فى الحلق ورعاف ونزيف بواسيرى وخفقان ونحو ذلك من
اعراض الامتلاء المفرط المعلن باحتواء الدم على مادة ليفية كثيرة يمكن ان تهيج
الاعضاء التى تلامسها فيكتسب الدم حينئذ اوصافا جديدة مهيجة ولذلك
اذا فصد المريض تكونت الغلالة الالتهابية على الدم وبالجملة اعراضه الموضعية
كالسابقة ومعها الاعراض العامة اى اعراض الحمى والصفة المميزة له هى
تنقله وسهولة تسلطنه على القلب واعراض الجرحى التهابية قد يصيب
المنسوجات المفصلية الظاهرة وقد يصيب الباطنة ففى الحالة الاولى اذا حصل
الالتهاب من توتر فى الاربطة اورض فى الاجزاء المحيطة بالمفصل انتفخت تلك
الاجزاء مع الالم والتوتر والاحمرار والحرارة ويصحب ذلك اضطراب وقلق
وحمى وبقية العوارض الاشتراكية التابعة للالتهاب الشديد فاذا اشتد

الالتهاب استولى على الاجزاء الباطنة كالاسطحة الغضروفية والمحفظة الزلالية وانتهى بالتقيح واما الغنغرينا فنادرة ولا تحصل الامن اختناق السائل فى المفاصل فيضغط على الاوعية والاعصاب المارة فى المفصل فيشتد التوتر والانتفاخ ويزرق السطح بدون زيادة حرارة ولا الم شديد ثم تنخفض الحرارة وتظهر النفاطات وبقية علامات الغنغرينا ولكن الغالب الانتهاء بالتقيح اذالم يعالج بوسائط التحلل

وانذار النقرسى ليس محزنا لكن يخشى خطره اذا انقطع التهابه دفعة وظهر فى عضو مهم وقد يخرم الوظائف انخراما يؤدى الى الموت لكن معظم ثقله هو تشوه المفصل وعدم حركته ويكون اكثر ثقلا كلما كان اقدم وسيما اذا كان وراثيا والروماتزمى ليس مهلكا بنفسه فان حصل ذلك منه كان الاهلاك منسوبا لتوابعه كالتهاب البلورا والتامور والقلب حينما يزول ذلك الروماتزمى دفعة وربما انتهى المزمن بعدم القدرة على المشى الابالعكاكيز اذا كان الداء شاغلا للرجلين وقد يضمحل العضو ويقصر اذا كان شاغلا للمرفق اوالركبة فينثنى الساعد على العضد والساق على الفخذ فتنقبض العضلات انقباضا دائما ومؤلما ويزيد انتفاخ المفصل بحيث تصير اجزاؤه كتلة واحدة متجانسة الطبيعة كالشحم المتجمد وقد يلتهب الغشاء الزلالى ويتقيح وتتأكل الغضاريف وتلين العظام وتفسد ولا تبقى واسطة الا البتر لكن هذا الانتهاء نادر وانما الغالب زوال الالتهاب ثم تجدده بعد اشهر بل سنين فدته تختلف من بعض ايام الى سنين والجرحى الحاد يكون اثقل كلما كان سببه اقوى وظاهراته اشد ويزيد الخطر اذا كان هنا تفرق اتصال بحيث يدخل الهواء منه باطلاق فى الجرح واشتداد العوارض الالتهابية ربما قتل اذا تهيجت الاحشاء معها تهيجا اشتراكيا والجرحى المزمن خطر دائما بل مهلك اما بمشاركة الاعضاء الرئيسة او بالضعف الحاصل من كثرة التقيح او من هذين السببين معا

فاتقان تشخيص تلك الداآت انما يؤخذ من البحث فى الاسباب وفى كيفية الظهور وفى الاعراض والسير والمدة فان طبيعة الاسباب توضح طبيعة التغير

الذى كابدها الدم والسير التام للمرض فاذا قدم للطبيب شخص معه التهاب
مفصلى حاد حكم بانه من طبيعة روماتزمية اذا كانت صناعته تستدعى المشقة
والتعب وكان جلده رقيقا لطيفا قوى الحساسية لانطباع البرد ويفرط
فى استعمال المشروبات الروحية اوكان جسمه معرضا للبرد اوحدث له الداء
فجأة اوتقدمه ببعض ساعات اويوم اويومين اعراض الحمى واصيبت منه جملة
مفاصل غليظة فى آن واحد ووجد معه عرق كثير وكانت النوب غير منتظمة
وطال الداء مدة ايام فى النشبة الاولى ويحكم بانه نقرسى اذا كان الشخص
والحعا فى البطالة والكسل وعدم الرياضة ويأكل كثيرا اغذية دسمة وحصل له
قبل ظهور الداء بايام تكدر فى الهضم وظهر له الداء فى الليل وفى السكون التام
بدون سبب مشاهد واصيب مفصل واحد وسيما مفصل ابهام القدم ولم تظهر
الاعراض العامة اى اعراض الحمى الا بعد الالتهاب وكانت على حسب شدته
وذهب الالتهاب بعد يوم اويومين اوثلاثة فى النشبة الاولى فاذا طال اكثر
من ذلك سار نوبا منتظمة مدة ثلاثة ايام اواربعة فتوجد نوبه فى كل مساء
ولا تنتهى الا فى خمسة عشر يوما تقريبا لكن لا يلزم وجود هذه الصفات كلها
فى هذين الداءين غير انه يكفى لتشخيص الروماتزمى اصابة جملة مفاصل كبيرة
معا ويسبق التهابها حمى ويكون السبب هو البرد وكثيرا ما يمكن تمييزهما باقل
من ذلك اذا كان المريض اصيب قبل ان يراه الطبيب ببعض نشبات لان
صعوبة الفرق انما تكون عسرة فى النشبة الاولى من الداءين فاذا كان معه
انحطاط واضح تدريجى فى شدة النشبات من النشبة الاولى الى التى اعرضت
للطبيب كان ذلك كافيا لظن ان الالتهاب روماتزمى لما ثبت بالمشاهدة ان النشبة
الاولى فيه تكون اقوى مما بعدها بل يندر ان توجد ثلاث نشبات اواربع
فى دور الحدة وانما الغالب ان تكون ما عدا الاولى مزمنة اما اذا شوهدت
النشبة اضعف وكان ما بعدها يأخذ فى زيادة الشدة تدريجا اقرب للعقل ان
الالتهاب من طبيعة نقرسية لان هذا هو السير الاعتيادى للنقرسى ويزيد
العسر اذا اريد التمييز بينهما فى حالة ازمانهما لان الصفات حينئذ تكون قليلة

والموجود منها يكون قليل القطعية ولكن مع ملاحظة ما سبق يمكن الوقوف على الحقيقة وهناك احوال توجد فيها صفات كل من هذين الداءين معا وهى التى سماها اكثر المؤلفين بالالتهابات الروماتزمية النقرسية اوالنقرسية الروماتزمية على حسب تسلطن صفات هذا او ذاك ويقرب للعقل كما قلنا ان الدم اجتمعت فيه صفة التنبيه وزيادة تحمله للمواد الغذائية وحينئذ فلا يصح نسبة الداء لواحد منهما على الخصوص

وتختلف تلك الانواع ايضا بالنظر للعلاج فالنقرسى الحاد يعالج بمضادات الالتهاب كالافصاد مع الراحة التامة والحمية القاسية واستعمال المغليات المحللة او المعرقة قليلا كماء اق العجول والدجاج ومنقوع زهر الخبازى ولسان الثور ولسان الحمل ونحو ذلك واذا كان الالم شديدا امر من الباطن بالمسكنات والاولى حينئذ وضع العلق حول المفصل المريض ويتبع بالكمادات اوالضمادات المرخية المخدرة ويكرر وضع العلق فى الحاد وربما تقوى بالاستحمامات الموضعية المرخية المخدرة وتعالج المصاحبات بما يناسبها فاذا نقصت الاعراض وقرب انتهاء النشبة جاز ان يؤمر ببعض اغذية خفيفة وبالرياضة مشيا وركوبا لكن مع التحرز من البرد فان ادنى شئ منه يجدد النشبة والمسهلات خطرة حينئذ فاذا زال الالتهاب دفعة وظهرت علامات التهاب فى عضو باطنى لزم المبادرة بعلاج المرض الباطنى الجديد بوسائطه المناسبة وبايقاظ الالتهاب المفصلى بضماد الخردل والاستحمامات القدمية المهيجة والحراريق والماء المغلى حول المفاصل التى كانت اولا متألمة ويعالج المزمن بمثل ذلك نهايته ان الفصد العام فيه غير نافع وتعالج الانخرامات التى يسببها المزمن بما يناسبها فيعالج الانتفاخ الاوذيماوى الذى يأتى بعد زوال الالم بالدلك بالفلانيل المغموس فى بخار عطرى وبتبخيرات وكمادات من النبيذ العطرى وبالاطلية النوشادرية والمكفورة والحاملة لدهن الترمنتينا وبصب المياه القلوية والاستحمامات البخارية الكؤولية وتعالج بمثل ذلك الاحتقانات والتعقدات التى تحصل فى الاربطة والاوتار والانقباضات العضلية الدائمة

فاذا كانت تلك الانقباضات مؤلمة استعملت الضمادات الداخل فيها القونيون اونحوه ولا تستعمل الوسائط السابقة الا بعد زوال الالم وبالجملة يعالج كل عارض بما يناسبه وقد عرفنا ان السبب الرئيس لهذا النوع هو افراط المواد المغذية فى الدم فيلزم لازالة تلك الزيادة ان تقوى الافرازات فيسهل التنفيس الجلدى بالاستحمامات والدلك وللملابس من الفلانيل ويحرض الافراز البولى بالمشروبات المدرة وليكن التدبير الغذائى من الخضراوات والشوربات الغير الدسمة وتترك اللحوم والمشروبات الروحية

ويعالج الروماتزمى بنحو ذلك تقريبا اعنى بمضادات الالتهاب من الافصاد والمشروبات المحللة كمصل اللبن ومصلوقة العجول وشوربة الخضراوات ومطبوخ الشعير المقشور وعرق النجيل وبعضهم اختار ما فيه بعض تعريق كمنقوع زهر البلسان ولسان الحمل والشورا والمربية ولكن هذه لا تسلم من الخطر اذا كانت الطرق الهضمية متهيجة ومثلها ايضا المخدرات فاذا لم تكن كذلك كانت هذه المخدرات نافعة وسيما مسحوق دوفير فانه يحرض التنفيس الجلدى ويسكن الوجع ويعين على النوم واما المسهلات القوية فخطرة وان مدحها بعض الانقليزيين نهاية ما يكون انه لا بأس باستعمال الملينات اى المسهلات الخفيفة كزيت الخروع او مقدار قليل من ملح مسهل فى ابتداء الداء اذا ظن وجود سدد فى المعا الغليظ وكذلك الحقن المسهلة واما المقيئات فقليلة الاستعمال وضررها اكثر من نفعها وان شوهد احيانا نفع الطرطير المقيء فلا تمنع استعماله بالكلية ومدحوا ايضا الغسلات الكؤولية والكافورية بان يضاف على الكافور او الكؤول ماء حار وكل ذلك مع ملازمة الراحة التامة وربما استعمل فى المزمن المعرقات والمخدرات من الظاهر والباطن وربما نفعت ايضا املاح الانتيمون التى منها القرمز المعدنى والطرطير المقيء وحصل نجاح ايضا من المسهلات وسيما القوية ولكن الانفع الحراريق والحمامات البخارية البسيطة او الدوائية وصب الماء البسيط او الكبريتى وذكروا ايضا وسائط اخر دوائية لهذا المزمن كالدهانات الكافورية واللودنومية ومراهم ادريودات

البوتاسة والدلك والكهربائية ومن الباطن البردانا والارنيكا والديجتال والشمار والزنجبيل والفراسيون الابيض والكينا والكبريت وقد تنفع ايضا الحمصات والكي بالنار والاخزمة والمقصي حول المفاصل المصابة وعلاج المفصلي الجرحي الحاد يقوم من التحرس من الالتهاب او مقاومته بشدة فاذا حصل في العضو رض او توتر او ارتجاج مفصلي ولم يمكن التحرز من حصول الالتهاب لطف فيضان السائلات بغمس العضو مدة طويلة في اناء مملوء ماء باردا اي في درجة حرارة اعتيادية ويجدد الماء كلما سخن او تحفظ درجة برودته بتيار ماء يسلط عليه فاذا كان موضع المفصل المصاب مانعا من استعمال تلك الواسطة او استعملت بالفعل مدة ست ساعات او ثمان او عشر كان لا بأس باحاطة المفصل برفائد مغموسة في الماء البارد تحفظ برباط متوسط الشد يندي دائما بهذا السائل بحيث يبقى العضو دائما مندى بالبارد فذلك الاستعمال مع الراحة التامة والوضع المناسب للعضو مستداما ذلك اياما يكفي غالبا لازالة الالتهاب المفصلي ويقوى ذلك بمضادات الالتهاب من الافصاد والحمية والمشروبات الحالة المبردة كما يعالج بذلك من الابتداء اذا نودي الطبيب بعد ظهور الاعراض الاول للالتهاب المفصلي فان كان هنالك جرح عولج بما يناسبه فاذا حصل في الجرح اختناق اطلق ثم ضم مع ملازمة الراحة التامة للعضو فاذا تكونت خراجات فتحت بالآلات القاطعة وغير عليها بالتغيير المناسب والاوضاع المرخية والضغط اللطيف والراحة التامة والتدبير القاسي ويعالج الجرحي المزمن بمضادات الالتهاب ايضا كالعلق المتكرر لكن بعدد يسير وفترات بين الاوضاع واما استعمال المنبهات من الخارج كصب المياه المعدنية الملحية او الكبريتية فلا تناسب لانها تنبت التهيج وتسرع الفساد ومن الخطر وضع المصرفات القوية قريبا من الاجزاء المصابة ولذا كانت المحاريق والمقصي في الالتهابات المفصلية العميقة كالتهاب مفاصل الفقرات والحوض والحرقفة مع الفخذ والكتف انجح من استعمالها في مفاصل الركبة والمرفق ورسغ اليد وعظام القدمين واليدين وكانت انفع في آفات العظام او الغضاريف

او الاغشية الزلالية من استعمالها فى التهاب الاجزاء المفصلية السطحية ويعالج التعجن اللينفاوى او الشحمى الخالى عن الحرارة والالم بالصب المنبه والمروخات كذلك وممارسة الحركات وتنفع هنا المياه المعدنية الكبريتية والمعالجة الباطنة تقوم من اغذية كافية خوفا من انحطاط القوى وليحذر من كثرتها خوفا من اتعاب اعضاء الهضم وتأثيرها فى العضو المريض واما تشوهات المفاصل وتعديلها فسنجعلها فى مؤلف مخصوص

الفصل الرابع
فى لين العظام

يسمى باليونانية راشيتس وكأن اول من وضع اسم هذا الداء جعله قاصرا على داء السلسلة الفقرية فمعنى راشيتس اى داء السلسلة ثم توسعوا فيه واطلقوه على وجود تلك الآفة فى اى عظم كان من عظام الجسم فمعناه الآن لين العظام فى الاطفال وتشوهها فمن المهم ان يعين نوع التغير الذاتى له وان يميز حسب الامكان عن ما يشتبه به كثيرا كهشاشة المجموع العظمى وسهولة تفتته مهما كان سببه ومضاعفته بكل فساد يتبعه هو كالداء الزهرى الذى يأكل جوهر العظام الطويلة بعمل التهابى او بغيره والآفات السرطانية التى تتلف المنسوجات كذلك سواء ابتدأت بالنخاع او استولت اولا على السمحاق او الجوهر العظمى نفسه ففى تلك الآفات لا يشاهد تقوس بطئ فى العظام وانما يشاهد انكسارها دفعة كأن نقص التماسك حصل فى اللحمة الهلامية اكثر منه فى الجزء الكلسى او اقله حصول ذلك فيهما معا وعكس ذلك يحصل فى اللين الحقيقى لان المنسوج العظمى فيه يميل شيأ فشيأ لنقص جزئه الالى وتعريته من الجواهر الملحية التى تقوم منها بنيته وتعطى له قوامه وصلابته غير ان انواع اللين ليست كلها من طبيعة واحدة او اقله ان يقال انها ليست ناشئة من سبب واحد فليست متحدة النتائج بل اللين فى الاطفال الذين يكون الراشيتس فيهم حقيقيا تختلف طبيعته بحيث يتنوع فيهم الى جملة انواع تستدعى احتراسات مختلفة غير ان تلك الانواع لم يكن عندنا لها الا بعض

اصول نشرحها بها شرحا عاما ونرجو بتقدم العلوم ان تنكشف لنا اصنافها على الحقيقة ولقد ذكروا انواعا لهذا الداء تغالوا فيها واسسوها على اراء افتراضية نتج عنها الخبطة واختلاط فى هذا الموضوع فلذلك لم نلتفت اليها ولانأمن الزلل فى ذلك الا اذا ميزنا اللين فى الاطفال عن ما فى البالغين وان كان فى هؤلاء قد توجد فيه صفات الراشيتس الحقيقى الذى يحصل للاطفال لكن الغالب انه يختلف عنه بالكلية فيكون اجتماعهما فى شرح واحد غير لائق اذ يرتبك الطبيب حينما يرى احوالا من اللين فى البالغين غير قابلة غالبا للشفاء واحوالا من الراشيتس يمكن ايقاف سعيها وتخفيفها والطبيعة نفسها ماسكة لها فى حدود محدودة من الشدة والمدة ومع ذلك هاتان الآفتان لا يخلوان عن مشابهة ولكن لا يستغرب اختلافهما اذا اعتبر كون المجموع العظمى يفقد فى البالغين التأليف والتركيب الذى اكتسبه مما بقا وفى الاطفال يتبع سيرا غير اعتيادى فى تركيبه الذى لم يزل غير تام ومن المعلوم ان السبب الخفيف قد يطبع فى هذا المنسوج العظمى الذى هو فى عنفوان تولده تنوعات مرضية لكن يسهل مقاومتها ومعالجتها واما الفساد اى التغير العميق للتعظم الذى حصل سابقا فانه يكون صادرا دائما من سبب قوى يعسر فى الغالب قهره ولذلك نرى فى الاطفال ايضا ان اختلاف الاسنان يعطى للداء صفات مختلفة ونعلم فى البالغين استعصاءه وشدة نتائجه وفى جميع الاحوال التى اتفقت مشاهدتها تكون العظام كقوى مبتلة قوامها كالشمع واحيانا يشاركها فى تلك الحالة اصلب العظام حتى الاسنان وربما اجتمعت تلك الآفة فى النساء مع الحمل فينخسف الحوض على نفسه ويضيق بحيث يعسر على القابلة ادخال الاصابع فيه غير انه ينفتح ويتسع برأس الجنين حتى تحصل الولادة الطبيعية ويندر ان تكتسب العظام فى الراشيتس الحقيقى قواما يقرب للغضروفية حتى يصير فيها بعض قابلية للانثناء ولكن من المحقق ان منسوجها يصير اكثر هشاشة واسفنجية فالعظام الطويلة مثلا لا يكون سمحاقها سميكا وانما يكون شديد الالتصاق بالعظم وبالصفيحة الظاهرة من جوهره المتوسط المنفصلة عن

الصفحات

الصفحات العميقة بطبقة من منسوج اسفنجي قليل الصلابة وعلى رأى روفس تنفصل الصفحات العميقة ايضا عن بعضها بطبقات خلوية ومجموع العظم كثيرا ما يوجد حينئذ رخوا وعائيا يسيل الدم من محل قطعه ولا يخرج منه بالتحليل الكيماوى على رأى مكيل الا احد وعشرون جزأ مئينية من الفصفات الكلسى بدل ان يكون فيه تقريبا خمسين جزأ فى الحالة الاعتيادية وفى جميع الاحوال تظهر الصفائح المندمجة نفسها قليلة الاذونة رطبة يسهل شقها وقطعها بالمشرط والجوهر المتوسط نفسه للعظام الطويلة قد يحصل فيه تغيرات حتى ان قناته النخاعية تضيق غالبا بل ربما انسدت فى محل التقوس الغظيم ونخاعها يكون اكثر احمرارا واقل شحمية من العادة وقد يتبدل بمصل محمر كما ذكر ذلك بوايير

والاطراف المفصلية لهذه العظام تكون دائما كبيرة الحجم وعلى رأى معظم المؤلفين ينشأ هذا الورم فيها من اتساع الخلايا فى الجوهر الاسفنجي للنتوات الغضروفية ونسبه روفس لتولد جوهر عظمى رخو على شكل اسفنج دقيق احمر بين النتو الغضروفى والعظم نفسه قال دوجيس ومع ذلك يظهر لنا ان الاولى ان نختلر كونه انتفاخا حقيقيا للنتو الغضروفى ولقد تحقق هذا الطبيب الشاب يعنى روفس ان انتفاخ الطرف المقدم للاضلاع خصوصا ناشئ من انتفاخ جوهرها الاسفنجي وتحقق ايضا ان الخلايا التى يبتدأ بها تعظم النتوات الغضروفية تكون اقطارها حينئذ غير اعتيادية

والعظام المسطحة يوجد فى وسطها ايضا اتساع الخلايا مع نقص الجوهر المندمج وقد نبه بكلار سابقا على انتفاخ وسط العظام الجدارية ووعائيته قال دوجيس وقد رأينا ان القسم المركزى الذى هو منشأ التعظم لمعظم عظام الجمجمة كالحدبات الجبهية والجدارية والحدبة القمحدوية والعظام الصدغية عظيم فى الثخن اكثر منه فى الاتساع واحمر محدود مكون من منسوج خلايا مستديرة اوملتفة دودية واسعة الجدران واكثر قواما من الغضروف فهل يستنتج من هذه النتايج التشريحية المرضية وجود التهاب عام فى المنسوج العظمى تتول

لم يكن هنالك اثر ولا علامات تعلن بحالة التهابية حادة ولم يوجد هنالك ايضا استرخاء ولا ترشح ولا ضعف وانما العمل الالتهابى لهذا الداء لابد وان يكون له فى الابتداء غالبا بعض فاعلية اقلها ان تكون جزئية موضعية كما يؤخذ ذلك من اعراضه لكن هذا الدور قصير جدا بل قد يعدم احيانا فيصح ان يظن حصول تغير وتحول فى التعظم نشأ من ضعف التأثير لا من افراطه فبقى غير تام مدة الادوار التى اتت فيما بعد فسواء كان هنالك احتقان او التهاب دونى او ضخامة فى المجموع العظمى لم يلزم من ذلك ان يكون الداء من امراض القوة بحيث يستدعى علاجا ضعفا فهو نظير السمن فى الاشخاص اللينفاويين والالتهابات المزمنة فى العقد والانف والشفتين والاعين فى الخنزيريين حيث لم يدل ذلك على قوة البنية ولا على حالة تنبه مرضى حقيقى عام

اسباب الراشيتس * الغالب اصابة هذا الداء للاطفال ويظهر فيهم من سن ستة اشهر او ثمانية الى سنتين او ثلاث وان كان قد يحصل لهم بعد ذلك كما سيأتى واما عروضه للبالغين والشيوخ فنادر واذا عرض لهم كان نتيجة امراض اخر وهنالك امثلة لاصابة المولودين به ويعسر ان نعين البنية المهيئة لهذا الداء وكثيرا ما ينتقل بالوراثة فاذا اصيب به طفل من عائلة لم يندر مشاهدته فى غيره من عائلته كاخوته او اخواته بدرجات مختلفة واذا بحثنا فى الاصول نجد غالبا ان منهم من كان مصابا به فى حال طفوليته والغالب ملازمته للبنية اللينفاوية نعم قد يفارقها فتشاهد الاطفال المصابون سمر الجلود سود الشعور لكن ذلك يكون دائما فى الاطفال البله فالبلاهة يقينا من اسبابه المهيئة لكن البنية المذكورة قد لا يكون لها دخل فى ذلك فقد يصاب به الجنين فى بطن امه وذلك كالاطفال الذين يولدون بدون عظام وذكر شيأ من ذلك بقراط فى كتابه وذكر بنيل وشوسيير امثلة منهم وان كان هنالك وجه للطعن فى كون سبب ذلك فيهم هو الراشيتس والغالب عروض هذا الداء فى احد الازمنة الآتية وهى التسنن الاول والتسنن الثانى والبلوغ وسيما فى النساء لكن يختلف فيها بالكثرة والصفات والاقسام التى يصيبها من البدن والسن الاول هو اكثر ما يعين على ظهوره اقله

من

من سن الفطامة وموافقة تلك الازمنة لظهور الداء ينبغى مراعاتها فى مبحث الاعراض سواء كانت اعانتها على ظهوره بحركتها المنبهة للبنية او بتأثيرها القريب فى تولده وذلك لانه يعسر بل قد لا يمكن اصلا تمييز الاسباب المهيئة له عن الاسباب المحدثة فتشابه بعضها فى الذات وكيفية التأثير ولا تختلف الا بدرجة فاعليتها ويصح ان تعد الانوثة من الاسباب المهيئة له فقد جعل دوفور نسبة البنات للصبيان فى الاصابة به كنسبة خمسة عشر لواحد وجعلها مرجولين كنسبة عشرين لواحد لكن ذكر دوجيس ان حقية ذلك انما هى فى التقوسات التى تعرض نحو السن الثانى او البلوغ لا الذى يحصل فى السن الاول بقى من الاسباب المهيئة اسباب لا ينبغى اهمال ذكرها وذلك كالعام الكسر القديم وكثرة تشوهات العمود الفقرى فان وعائية عظامه وطبيعتها الاسفنجية لهما تأثير فى سهولة التوائه فيمكن ان تلين الجواهر المتوسطة بين الفقرات وتنقاد لجهة ما او تنتفخ فى جهة فتميل العمود للجهة الاخرى وبما يهيىء لتلك الانحناآت التقوسات الطبيعية فى السلسلة لكن لابد لصيرورة التقوس مرضيا ان يكون هناك ضعف فى العضلات بحيث لا تقدر على مقاومة ثقل الرأس والاطراف العليا ونقص فى قوة تماسك الفقرات او وسائط انضمامها ومن المهيئات لمرض العظام الطويلة تقوساتها الطبيعية ايضا كالفخذ فانها تتقوس فى الغالب بحيث يكون تحدبها من الامام والوحشية وتأثير الفعل العضلى وثقل الجسم يؤثران هنا كما فى الكسر الردىء الصلابة لكن ينبغى ان تعلم ان ذلك لا يكون دائما هكذا وان هذا السبب المهيىء لا يمنع حصول الزوغان فى الجهة المقابلة

ومن اقوى الاسباب التى عدوها محدثة للراشيتس الداء الخنازيرى مع ان من المحقق انه لم يشاهد فى الخنزيرين الا زيادة فى المزاج اللينفاوى وان استحالة الدرن والعقد هى احدى النتائج الواصفة له فيلزم ان يجزم باختلاف طبيعة الخنازير عن الراشيتس اختلافا تاما وذلك لانا رأينا ان المزاج اللينفاوى يبعد جعله شرطا لازما فى اسباب الراشيتس وان الطبيب روفس اثبت ان الدرن يوجد فيه

الالتهاب استولى على الاجزاء الباطنة كالاسطحة الغضروفية والمحفظة الزلالية وانتهى بالتقيح واما الغنغرينا فنادرة ولا تحصل الامن اختناق السائل فى المفاصل فيضغط على الاوعية والاعصاب المارة فى المفصل فيشتد التوتر والانتفاخ ويزرق السطح بدون زيادة حرارة ولا الم شديد ثم تنخفض الحرارة وتظهر النفاطات وبقية علامات الغنغرينا ولكن الغالب الانتهاء بالتقيح اذا لم يعالج بوسائط التحلل

وانذار النقرسى ليس محزنا لكن يخشى خطره اذا انقطع التهابه دفعة وظهر فى عضو مهم وقد يخرم الوظائف انخراما يؤدى الى الموت لكن معظم ثقله هو نشوه المفصل وعدم حركته ويكون اكثر ثقلا كلما كان اقدم وسيما اذا كان وراثيا والروماتزمى ليس مهلكا بنفسه فان حصل ذلك منه كان الاهلاك منسوبا لتوابعه كالتهاب البلورا والتامور والقلب حينما يزول ذلك الروماتزمى دفعة وربما انتهى المزمن بعدم القدرة على المشى الا بالعكاكيز اذا كان الداء شاغلا للرجلين وقد يضمحل العضو ويقصر اذا كان شاغلا للمرفق اوالركبة فينثنى الساعد على العضد والساق على الفخذ فتنقبض العضلات انقباضا دائما ولما ويزيد انتفاخ المفصل بحيث تصير اجزاؤه كتلة واحدة متجانسة الطبيعة كالشحم المتجمد وقد يلتهب الغشاء الزلالى ويتقيح وتتأكل الغضاريف وتلين العظام وتفسد ولا تبقى واسطة الا البتر لكن هذا الانتهاء نادر وانما الغالب زوال الالتهاب ثم تجدده بعد اشهر بل سنين ومدته تختلف من بعض ايام الى سنين والجرحى الحاد يكون اثقل كلما كان سببه اقوى وظاهر انه اشد ويزيد الخطر اذا كان هنا تفرق اتصال بحيث يدخل الهواء منه باطلاق فى الجرح واشتدت العوارض الالتهابية وربما قتل اذا تهيجت الاحشاء معها تهيجا اشتراكيا والجرحى المزمن خطر دائما بل مهلك اما بمشاركة الاعضاء الرئيسة او بالضعف الحاصل من كثرة التقيح او من هذين السببين معا

فاتقان تشخيص تلك الداآت انما يؤخذ من البحث فى الاسباب وفى كيفية الظهور وفى الاعراض والسير والمدة فان طبيعة الاسباب توضح طبيعة التغير

الذى

الذى كابدهالدم والسير التام للمرض فاذاقدم للطبيب شخص معه التهاب
مفصلى حاد حكم بانه من طبيعة روماتزمية اذا كانت صناعته تستدعى المشقة
والتعب وكان جلده رقيقا لطيفا قوى الحساسية لا نطباع البرد ويفرط
فى استعمال المشروبات الروحية اوكان جسمه معرضا للبرد اوحدث له الداء
فجأة اوتقدمه ببعض ساعات اويوم اويومين اعراض الحمى واصيبت منه جملة
مفاصل غليظة فى آن واحد ووجد معه عرق كثير وكانت النوب غير منتظمة
وطال الداء مدة ايام فى النشبة الاولى ويحكم بانه نقرسى اذا كان الشخص
واقعا فى البطالة والكسل وعدم الرياضة ويأكل كثيرا اغذية دسمة وحصل له
قبل ظهور الداء بايام تكدر فى الهضم وظهر له الداء فى الليل وفى السكون التام
بدون سبب مشاهد واصيب مفصل واحد وسيما مفصل ابهام القدم ولم تظهر
الاعراض للعامة اى اعراض الحمى الا بعد الالتهاب وكانت على حسب شدته
وذهب الالتهاب بعد يوم اويومين اوثلاثة فى النشبة الاولى فاذا طال اكثر
من ذلك سار نوبا منتظمة مدة ثلاثة ايام اواربعة فتوجد نوبة فى كل مساء
ولا تنتهى الا فى خمسة عشر يوما تقريبا لكن لا يلزم وجود هذه الصفات كلها
فى هذين الداءين غير انه يكفى لتشخيص الروماتزمى اصابة جملة مفاصل كبيرة
معا ويسبق التهابها حمى ويكون السبب هو البرد وكثيرا ما يمكن تمييزهما باقل
من ذلك اذا كان المريض اصيب قبل ان يراه الطبيب ببعض نشبات لان
صعوبة الفرق انما تكون عسرة فى النشبة الاولى من الداءين فاذا كان معه
انحطاط واضح تدريجى فى شدة النشبات من النشبة الاولى الى التى اعرضت
للطبيب كان ذلك كافيا لظن ان الالتهاب روماتزمى لما ثبت بالمشاهدة ان النشبة
الاولى فيه تكون اقوى مما بعدها بل يندر ان توجد ثلاث نشبات اواربع
فى دور الحدة وانما الغالب ان تكون ماعدا الاولى مزمنة اما اذا شوهدت
النشبة اضعف وكان ما بعدها يأخذ فى زيادة الشدة تدريجا اقرب للعقل ان
الالتهاب من طبيعة نقرسية لان هذا هو السير الاعتيادى للنقرسى ويزيد
العسير اذا اريد التمييز بينهما فى حالة ازمانهما لان الصفات حينئذ تكون قليلة

والموجود منها يكون قليل القطعية ولكن مع ملاحظة ما سبق يمكن الوقوف على الحقيقة وهنالك احوال يوجد فيها صفات كل من هذين الداءين معا وهى التى سماها اكثر المؤلفين بالالتهابات الروماتزمية النقرسية او النقرسية الروماتزمية على حسب تسلطن صفات هذا او ذاك ويقرب للعقل كما قلنا ان الدم اجتمعت فيه صفة التنبيه وزيادة تحمله بالمواد الغذائية وحينئذ فلا يصح نسبة الداء لواحد منهما على الخصوص

وتختلف تلك الانواع ايضا بالنظر للعلاج فالنقرسى الحاد يعالج بمضادات الالتهاب كالافصاد مع الراحة التامة والحمية القاسية واستعمال المغليات المحللة او المعرقة قليلا كامراق العجول والدجاج ومنقوع زهر الخبازى ولسان الثور ولسان الحمل ونحو ذلك واذا كان الالم شديدا امر من الباطن بالمسكنات والاولى حينئذ وضع العلق حول المفصل المريض ويتبع بالكمادات او الضمادات المرخية المخدرة ويكرر وضع العلق فى الحاد وربما تقوى بالاستحمامات الموضعية المرخية المخدرة وتعالج المصاحبات بما يناسبها فاذا نقصت الاعراض وقرب انتهاء النشبة جاز ان يؤمر ببعض اغذية خفيفة وبالرياضة مشيا وركوبا لكن مع التحرز من البرد فان ادنى شئ منه يجدد النشبة والمسهلات خطرة حينئذ فاذا زال الالتهاب دفعة وظهرت علامات التهاب فى عضو باطنى لزم المبادرة بعلاج المرض الباطنى الجديد بوسائطه المناسبة وبايقاظ الالتهاب المفصلى بضماد الخردل والاستحمامات القدمية المهيجة والحراريق والماء المغلى حول المفاصل التى كانت اولا متألمة ويعالج المزمن بمثل ذلك نهايته ان الفصد العام فيه غير نافع وتعالج الانخرامات التى يسببها المزمن بما يناسبها فيعالج الانتفاخ الاوذيماوى الذى يأتى بعد زوال الالم بالدلك بالفلانيل المغموس فى بخار عطرى وبتبخيرات وكمادات من النبيذ العطرى وبالاطلية النوشادرية والمكفورة والحاملة لدهن الترمنتينا وبصب المياه القلوية والاستحمامات البخارية الكؤولية وتعالج بمثل ذلك الاحتقانات والتعقدات التى تحصل فى الاربطة والاوتار والانقباضات العضلية الدائمة

فاذا كانت تلك الانقباضات مؤلمة استعملت الضمادات الداخل فيها القونيون اونحوه ولا تستعمل الوسائط السابقة الا بعد زوال الالم وبالجملة يعالج كل عارض بما يناسبه وقد عرفنا ان السبب الرئيس لهذا النوع هو افراط المواد المغذية فى الدم فيلزم لازالة تلك الزيادة ان تقوى الافرازات فيسهل التنفيس الجلدى بالاستحمامات والدلك وللملابس من الفلانيل ويحرض الافراز البولى بالمشروبات المدرة وليكن التدبير الغذائى من الخضراوات والشوربات الغير الدسمة وتترك اللحوم والمشروبات الروحية

ويعالج الروماتزمى بنحو ذلك تقريبا اعنى بمضادات الالتهاب من الافصاد والمشروبات المحللة كمصل اللبن ومصلوقة العجول وشوربة الخضراوات ومطبوخ الشعير المقشور وعرق النجيل وبعضهم اختار مافيه بعض تعريق كمنقوع زهر البلسان ولسان الحمل والثور اوالمربيبة ولكن هذه لا تسلم من الخطر اذا كانت الطرق الهضمية متهيجة ومثلها ايضا المخدرات فاذا لم تكن كذلك كانت هذه المخدرات نافعة وسيما مسحوق دوفير فانه يحرض التنفيس الجلدى ويسكن الوجع ويعين على النوم واما المسهلات القوية فخطرة وان مدحها بعض الانقليزيين نهاية ما يكون انه لا بأس باستعمال الملينات اى المسهلات الخفيفة كزيت الخروع اومقدار قليل من ملح مسهل فى ابتداء الداء اذا ظن وجود سدد فى المعا الغليظ وكذلك الحقن المسهلة واما المقيئات فقليلة الاستعمال وضررها اكثر من نفعها وان شوهد احيانا نفع الطرطير المقيء فلا تمنع استعماله بالكلية ومدحوا ايضا الغسلات الكؤولية والكافورية بان يضاف على الكافور اوالكؤول ماء حار وكل ذلك مع ملازمة الراحة التامة وربما استعمل فى المزمن المعرقات والمخدرات من الظاهر والباطن وربما نفعت ايضا املاح الانتيمون التى منها القرمز المعدنى والطرطير المقيء وحصل نجاح ايضا من المسهلات وسيما القوية ولكن الانفع الحراريق والحمامات البخارية البسيطة اوالدوائية وصب الماء البسيط اوالكبريتى وذكروا ايضا وسائط اخر دوائية لهذا المزمن كالدهانات الكافورية واللودنومية ومرهم ادريودات

البوتاسة والدلك والكهربائية ومن الباطن البردانا والارنيكا والديجتال والشمار والزنجبيل والفراسيون الابيض والكينا والكبريت وقد تنفع ايضا الحصلات والكي بالنار والاخزمة والمقصى حول المفاصل المصابة وعلاج المفصلي الجرحي الحاد يقوم من التحرس من الالتهاب اومقاومته بشدة فاذا حصل في العضو رض اوتوتر اوارتجاج مفصلي ولم يمكن التحرز من حصول الالتهاب لطف فيضان السائلات بغمس العضو مدة طويلة في اناء مملوء ماء باردا اي في درجة حرارة اعتيادية ويجدد الماء كلما سخن اوتحفظ درجة برودته بتيار ماء يسلط عليه فاذا كان موضع المفصل المصاب مانعا من استعمال تلك الواسطة اواستعملت بالفعل مدة ست ساعات اوثمان اوعشر كان لا بأس باحاطة المفصل برفائد مغموسة في الماء البارد تحفظ برباط متوسط الشد يندى دائما بهذا السائل بحيث يبقى العضو دائما مندى بالبارد فذلك الاستعمال مع الراحة التامة والوضع المناسب للعضو مستداما ذلك اياما يكفي غالبا لازالة الالتهاب المفصلي ويقوى ذلك بمضادات الالتهاب من الافصاد والحمية والمشروبات المحللة المبردة كما يعالج بذلك من الابتداء اذا نودي الطبيب بعد ظهور الاعراض الاول للالتهاب المفصلي فان كان هناك جرح عولج بما يناسبه فاذا حصل في الجرح اختناق اطلق ثم ضم مع ملازمة الراحة التامة للعضو فاذا تكونت خراجات فتحت بالآلات القاطعة وغير عليها بالتغيير المناسب والاوضاع المرخية والضغط اللطيف والراحة التامة والتدبير القاسي ويعالج الجرحي المزمن بمضادات الالتهاب ايضا كالعلق المتكرر لكن بعدد يسير وفترات بين الاوضاع واما استعمال المنبهات من الخارج كصب المياه المعدنية الملحية اوالكبريتية فلا تناسب لانها تنبت التهيج وتسرع الفساد ومن الخطر وضع المصرفات القوية قريبا من الاجزاء المصابة ولذا كانت الحراريق والمقصى في الالتهابات المفصلية العميقة كالتهاب مفاصل الفقرات والحوض والحرقفة مع الفخذ والكتف انجح من استعمالها في مفاصل الركبة والمرفق ورسغ اليد وعظام القدمين واليدين وكانت انفع في آفات العظام اوالغضاريف

اوالاغشية

اوالاغشية الزلالية من استعمالها فى التهاب الاجزاء المفصلية السطحية ويعالج التحجن اللينفاوى اوالشحمى الخالى عن الحرارة والالم بالصب المنبه والمروخات كذلك وممارسة الحركات وتنفع هنا المياه المعدنية الكبريتية والمعالجة الباطنة تقوم من اغذية كافية خوفا من انحطاط القوى وليحذر من كثرتها خوفا من اتعاب اعضاء الهضم وتأثيرها فى العضو المريض واما تشوهات المفاصل وتعديلها فسنجعلها فى مؤلف مخصوص

الفصل الرابع
فى لين العظام

يسمى باليونانية راشيتس وكأن اول من وضع اسم هذا الداء جعله قاصرا على داء السلسلة الفقرية فمعنى راشيتس اى داء السلسلة ثم توسعوا فيه واطلقوه على وجود تلك الآفة فى اى عظم كان من عظام الجسم فمعناه الآن لين العظام فى الاطفال وتشوهها فمن المهم ان يعين نوع التغير الذاتى له وان يميز حسب الامكان عن ما يشتبه به كثيرا كهشاشة المجموع العظمى وسهولة تفتته مهما كان سببه ومضاعفته بكل فساد يتبعه هو كالداء الزهرى الذى يأكل جوهر العظام الطويلة بعمل التهابى او بغيره والآفات السرطانية التى تتلف المنسوجات كذلك سواء ابتدأت بالنخاع اواستولت اولا على السمحاق اوالجوهر العظمى نفسه ففى تلك الآفات لا يشاهد تقوس بطئ فى العظام وانما يشاهد انكسارها دفعة كأن نقص التماسك حصل فى اللحمة الهلامية اكثر منه فى الجزء الكلسى او اقله حصول ذلك فيهما معا وعكس ذلك يحصل فى اللين الحقيقى لان المنسوج العظمى فيه يميل شيأ فشيأ لنقص جزئه الاصلى وتعريته من الجواهر الملحية التى تقوم منها بنيته وتعطى له قوامه وصلابته غيران انواع اللين ليست كلها من طبيعة واحدة او اقله ان يقال انها ليست ناشئة من سبب واحد فليست متحدة النتائج بل اللين فى الاطفال الذين يكون الراشيتس فيهم حقيقيا تختلف طبيعته بحيث يتنوع فيهم الى جملة انواع تستدعى احتراسات مختلفة غيران تلك الانواع لم يكن عندنا لها الا بعض

اصول نشرحها بها شرحا عاما ونرجو بتقدم العلوم ان تنكشف لنا اصنافها على الحقيقة ولقد ذكروا انواعا لهذا الداء تغالوا فيها واسسوها على اراء افتراضية نتج عنها الخبطة واختلاط فى هذا الموضوع فلذلك لم نلتفت اليها ولانأمن الزلل فى ذلك الا اذا ميزنا اللين فى الاطفال عن مافى البالغين وان كان فى هؤلاء قد توجد فيه صفات الراشيتس الحقيقى الذى يحصل للاطفال لكن الغالب انه يختلف عنه بالكلية فيكون اجتماعهما فى شرح واحد غير لائق اذ يرتبك الطبيب حينما يرى احوالا من اللين فى البالغين غير قابلة غالبا للشفاء واحوالا من الراشيتس يمكن ايقاف سعيها وتخفيفها والطبيعة نفسها ماسكة لها فى حدود محدودة من الشدة والمدة ومع ذلك هاتان الآفتان لايخلوان عن مشابهة ولكن لايستغرب اختلافهما اذا اعتبر كون المجموع العظمى يفقد فى البالغين التأليف والتركيب الذى اكتسبه سابقا وفى الاطفال يتبع سيرا غير اعتيادى فى تركيبه الذى لم يزل غير تام ومن المعلوم ان السبب الخفيف قد يطبع فى هذا المنسوج العظمى الذى هو فى عنفوان تولده تنوعات مرضية لكن يسهل مقاومتها ومعالجتها واما الفساد اى التغير العميق للتعظم الذى حصل سابقا فانه يكون صادرا دائما من سبب قوى يعسر فى الغالب قهره ولذلك نرى فى الاطفال ايضا ان اختلاف الاسنان يعطى للداء صفات مختلفة ونعلم فى البالغين استعصاءه وشدة نتائجه وفى جميع الاحوال التى اتفقت مشاهدتها تكون العظام كقوى مبتلة قوامها كالشمع واحيانا يشاركها فى تلك الحالة اصلب العظام حتى الاسنان وربما اجتمعت تلك الآفة فى النساء مع الحمل فينخسف الحوض على نفسه ويضيق بحيث يعسر على القابلة ادخال الاصابع فيه غيرانه ينفتح ويتسع برأس الجنين حتى تحصل الولادة الطبيعية ويندر ان تكتسب العظام فى الراشيتس الحقيقى قواما يقرب للغضروفية حتى يصير فيها بعض قابلية للانثناء ولكن من المحقق ان منسوجها يصير اكثر هشاشة واسفنجية فالعظام الطويلة مثلا لا يكون سمحاقها سميكا وانما يكون شديد الالتصاق بالعظم و بالصفيحة الظاهرة من جوهره المتوسط المنفصلة عن

الصفحات

الصفحات العميقة بطبقة من منسوج اسفنجي قليل الصلابة وعلى رأى روفس تنفصل الصفحات العميقة ايضا عن بعضها بطبقات خلوية ومجموع العظم كثيرا ما يوجد حينئذ رخوا وعائيا يسيل الدم من محل قطعه ولايخرج منه بالتحليل الكيماوى على رأى مكنيل الا احد وعشرون جزأ مثينية من الفصفات الكلسى بدل ان يكون فيه تقريبا خمسين جزأ فى الحالة الاعتيادية وفى جميع الاحوال تظهر الصفائح المندمجة نفسها قليلة الاذونة رطبة يسهل شقها وقطعها بالمشرط والجوهر المتوسط نفسه للعظام الطويلة قد يحصل فيه تغيرات حتى ان قناته النخاعية تضيق غالبا بل ربما انسدت فى محل التقوس الغظيم ونخاعها يكون اكثر احمرارا واقل شحمية من العادة وقد يتبدل بمصل محمر كما ذكر ذلك بوايير

والاطراف المفصلية لهذه العظام تكون دائما كبيرة الجم وعلى رأى معظم المؤلفين ينشأ هذا الورم فيها من اتساع الخلايا فى الجوهر الاسفنجي للنتوات الغضروفية ونسبه روفس لتولد جوهر عظمى رخو على شكل اسفنج دقيق احمر بين النتو الغضروفى والعظم نفسه قال دوجيس ومع ذلك يظهر لنا ان الاولى ان نختار كونه انتفاخا حقيقيا للنتو الغضروفى ولقد تحقق هذا الطبيب الشاب يعنى روفس ان انتفاخ الطرف المقدم للاضلاع خصوصا ناشئ من انتفاخ جوهرها الاسفنجي وتحقق ايضا ان الخلايا التى يبتدأ بها تعظم النتوات الغضروفية تكون اقطارها حينئذ غير اعتيادية

والعظام المسطحة يوجد فى وسطها ايضا اتساع الخلايا مع نقص الجوهر المندمج وقد نبه بكلارسا بقا على انتفاخ وسط العظام الجدارية وعائيته قال دوجيس وقد رأينا ان القسم المركزى الذى هو منشأ التعظم لمعظم عظام الجمجمة كالحدبات الجبهية والجدارية والحدبة القمحدوية والعظام الصدغية عظيم فى الثخن اكثر منه فى الاتساع واحمر محدود مكون من منسوج خلايا مستديرة اوملتفة دودية واسعة الجدران واكثر قواما من الغضروف فهل يستنتج من هذه النتائج التشريحية المرضية وجود التهاب عام فى المنسوج العظمى نقول

لم يكن هنالك اثر ولا علامات تعلن بحالة التهابية حادة ولم يوجد هنالك ايضا
استرخاء ولا ترشح ولا ضعف وانما العمل الالتهابي لهذا الداء لا بد وان يكون له
فى الابتداء غالبا بعض فاعلية اقله ان تكون جزئية موضعية كما يؤخذ ذلك
من اعراضه لكن هذا الدور قصير جدا بل قد يعدم احيانا فيصح ان يظن
حصول تغير وتحول فى التعظم نشأ من ضعف التأثير لا من افراطه فبقى غير تام
مدة الادوار التى اتت فيما بعد فسواء كان هنالك احتقان او التهاب دونى
او ضخامة فى المجموع العظمى لم يلزم من ذلك ان يكون الداء من امراض القوة
بحيث يستدعى علاجا مضعفا فهو نظير السمن فى الاشخاص اللينفاويين
والالتهابات المزمنة فى العقد والانف والشفتين والاعين فى الخنزيريين حيث
لم يدل ذلك على قوة البنية ولا على حالة تنبه مرضى حقيقى عام
اسباب الراشيتس * الغالب اصابة هذا الداء للاطفال ويظهر فيهم من سن ستة
اشهر او ثمانية الى سنتين او ثلاث وان كان قد يحصل لهم بعد ذلك كما سيأتى واما
عروضه للبالغين والشيوخ فنادر واذا عرض لهم كان نتيجة امراض اخر
وهنالك امثلة لاصابة المولودين به ويعسر ان تعين البنية المهيئة لهذا الداء
وكثيرا ما ينتقل بالوراثة فاذا اصيب به طفل من عائلة لم يندر مشاهدته فى غيره
من عائلته كاخوته او اخواته بدرجات مختلفة واذا بحثنا فى الاصول نجد غالبا
ان منهم من كان مصابا به فى حال طفوليته والغالب ملازمته للبنية اللينفاوية
نعم قد يفارقها فتشاهد الاطفال المصابون سمر الجلود سود الشعور لكن ذلك
يكون دائما فى الاطفال البله فالبلاهة يقينا من اسبابه المهيئة لكن البنية
المذكورة قد لا يكون لها دخل فى ذلك فقد يصاب به الجنين فى بطن امه وذلك
كالاطفال الذين يولدون بدون عظام وذكر شيأ من ذلك بقراط فى كتابه وذكر
بنيل وشوسيير امثلة منهم وان كان هنالك وجه للطعن فى كون سبب ذلك فيهم
هو الراشيتس والغالب عروض هذا الداء فى احد الازمنة الآتية وهى التسنن
الاول والتسنن الثانى والبلوغ وسيما فى النساء لكن يختلف فيها بالكثرة والصفات
والاقسام التى يصيبها من البدن والسن الاول هو اكثر ما يعين على ظهوره اقله

من

من سن الفطامة وموافقة تلك الازمنة لظهور الداء ينبغى مراعاتها فى مبحث الاعراض سواء كانت اعانتها على ظهوره بحركتها المنبهة للبنية او بتأثيرها القريب فى تولده وذلك لانه يعسر بل قد لا يمكن اصلا تمييز الاسباب المهيئة له عن الاسباب المحدثة فتشابه بعضها فى الذات وكيفية التأثير ولا تختلف الا بدرجة فاعليتها ويصح ان تعد الانوثة من الاسباب المهيئة له فقد جعل دوفور نسبة البنات للصبيان فى الاصابة به كنسبة خمسة عشر لواحد وجعلها مرچوابن كنسبة عشرين لواحد لكن ذكر دوجيس ان حقيقة ذلك انما هى فى التقوسات التى تعرض نحو السن الثانى او البلوغ لا الذى يحصل فى السن الاول بقى من الاسباب المهيئة اسباب لا ينبغى اهمال ذكرها وذلك كلعام الكسر القديم وكثرة تشوهات العمود الفقرى فان رعائية عظامه وطبيعتها الاسفنجية لهما تأثير فى سهولة التوائه فيمكن ان تلين الجواهر المتوسطة بين الفقرات وتنقاد لجهة ما او تنتفخ فى جهة فتميل العمود للجهة الاخرى وعما يهيء لتلك الانحناآت التقوسات الطبيعية فى السلسلة لكن لا بد لصيرورة التقوس مرضيا ان يكون هناك ضعف فى العضلات بحيث لا تقدر على مقاومة ثقل الرأس والاطراف العليا ونقص فى قوة تماسك الفقرات او وسائط انضمامها ومن المهيئات لمرض العظام الطويلة تقوساتها الطبيعية ايضا كالفخذ فانها تتقوس فى الغالب بحيث يكون تحدبها من الامام والوحشية وتأثير الفعل العضلى وثقل الجسم يؤثران هنا كما فى الكسر الردىء الصلابة لكن ينبغى ان تعلم ان ذلك لا يكون دائما هكذا وان هذا السبب المهيء لا يمنع حصول الزوغان فى الجهة المقابلة

ومن اقوى الاسباب التى عدوها محدثة للراشيتس الداء الخنازيرى مع ان من المحقق انه لم يشاهد فى الخنزيرين الا زيادة فى المزاج اللينفاوى وان استحالة الدرن والعقد هى احدى النتائج الواصفة له فيلزم ان يجزم باختلاف طبيعة الخنازير عن الراشيتس اختلافا تاما وذلك لاننا رأينا ان المزاج اللينفاوى يبعد جعله شرطا لازما فى اسباب الراشيتس وان الطبيب روفس اثبت ان الدرن يوجد فيه

على سبيل الندرة لانه لم يجده فى الرئتين اوغيرهما الا فى ست مرات من عشرين ماتوا بهذا الداء واما الكثير فى كل من الداءين فهو ان كلا منهما يتولد من تأثير اسباب مضعفة طويلة المدة كالرضاعة الغير المنتظمة اوالغير الكافية ولبن المرضعة التى صارت حاملا والفطامة قبل اوانها اوالمجاوزة اوانها واستعمال الاغذية القليلة التغذية اوالرديئة الطبيعة والسكنى فى الاماكن الرطبة اوالمعتمة اوالباردة اوالفاسدة الهواء ومن فساد الهواء تحمله لروائح خبيثة وعامة بلادنا تعرف ذلك وقال دوجيس قد رأينا من اولاد الاغنياء اطفالا اصيبوا بهذا الداء بسبب افراطهم فى الاستحمامات الفاترة او بسبب اصابتهم بامراض حادة تكررت فيهم وامر لهم باستفراغات دموية كثيرة

اعراض هذا الداء وادواره * قد سبق لنا ان مدة التسنن الاول اعنى من السنة الاولى الى الرابعة هى التى يظهر فيها هذا الداء غالبا ويمنع نموه القابل له واما مدة التسنن الثانى فتندر اصابة الاطراف فيه اذا لم يصل الداء اذ ذلك فى السن الاول وانما اصابته حينئذ تكون للسلسلة فقط والحوض فى البنات من حيث انه لم يصل الى الآن لتمام نموه يمكن ان يحصل فيه من ذلك تشوه عظيم اما اذا حصل الداء فى سن البلوغ فان الحوض يبقى فى الحالة الطبيعية مهما كان زوغان السلسلة واولى من ذلك اذا ظهر مدة الحمل زوغان فى السلسلة مصحوب بقصر فيها ولم يحصل ذلك مدة الطفولية الاولى وربما سهل فى الطفل الحكم بعروض داء الحدب قبل حصوله مع ان سحنته لا توجد فيها الصفات الآتية فقبل تقدم الداء يكون الوجه فى الغالب منبعجا من الجانبين والانف بارزا والفك العلوى متقدما والرأس بحسب الظاهر اعظم حجما وان لم يكن كذلك فى الحقيقة وتظهر الاطراف طويلة دقيقة لانها لكونها حافظة لاستقامتها تظهر اطول بالنسبة للبدن الذى قصر بالتواء السلسلة ويوجد تلك الهيئة الظاهرية بالاكثر فى الاطراف العليا ويظهر ان الايدى والاصابع استدقت ولين العظام فى السن الاول قد يحصل احيانا بغتة بحالة حمى قليلة الشدة مع فقد شهية وعدم امكان الاستمساك فى الوقوف وآلام فى الاطراف وتكدر

فى البول ونحو ذلك وقد لا توجد تلك الاعراض اولا تظهر الا وقت ازدياد
خصائى فى شدة الداء وانما يظهر فى الابتداء بضعف وهبوط وانتقاع لون وانتفاخ
فى المفاصل اذا رأته العامة تقول قد اصيب هذا الطفل بلين العظام واحيانا
تكون العلامة الاولى الظاهرة هى تشوه اى تقوس يحصل سريعا فى وسط عظم
طويل او جملة عظام معا ثم تلك التشوهات سواء حصلت كلها معا او على
التتابع تميل للزيادة تارة بدون استواء وتارة مع استواء وربما وصلت الى حد
بحيث يعسر ان يعرف كيف يتيسر حفظ الحياة فى جسم ردىء الصفات هكذا
بل ربما وصل الطفل لسن البلوغ مع ان طوله لا يبلغ قدمان وقد شوهد ذلك
سنة ١٨٢٤ عيسوية فى امرأة حملت وهى فى تلك الحالة وولدت بالعملية
القيصرية فى بيت الرحمة بباريس وماتت عقب هذه العملية والتشوهات
الرئيسة التى تحصل لهؤلاء الاشخاص بعد تيبس اعضائهم هى ان الرأس
يكون فى الغالب غليظا ويزيد انتفاخه بالاكثر من الخلف ذاهبا من الصدغين
وتبقى الاعين بازرة ولاسيما الفك السفلى فانه يتقوس ويكون تقعيره الى الاعلى
ويتقدم امام عظام الفك الاعلى وتكون الاسنان فى الغالب وسخة اواقله
ان تكون محززة بالعرض

واما السلسلة فتحفظ احيانا استقامتها فى وسط التشوهات العامة او تكون
اقل تشوها من الاطراف السفلى ولذلك لا يندر ان يشاهد شخص معوج
الساقين وغير احدب وان كان الغالب سيرهاتين الآفتين معا لكن تشوه
السلسلة وان كان الغالب حصوله هنا بعد تشوه غيرها من اجزاء الجسم الا ان
تغيراتها قد تكون عميقة فان هناك احوالا تلتف فيها السلسلة بحيث يقرب
اتجاه بعض اجزائها لان يكون بالعرض وربما امتد ذلك الزوغان للحوض
وبذلك يعلم سبب عدم انتظام الشكل فى معظم الاحواض المعيبة فبدون
ان نطيل الكلام بما هو مذكور فى غير هذا المحل نقول مثلا اذا كان القسم
الظهرى مقوسا الى اليمين فالقسم القطنى من السلسلة بذهابه الى اليسار
يضغط بانحراف على قاعدة العجز ويقهره على الانحناء فى الجانب المقابل بحيث

يضيق الجانب الايمن من الحوض واما فى النساء المعوجة سوقهن المستقيمة سلسلتهن فيكون الحوض فيهن ضيقا الا انه متساوى القسمة من الجانبين وفى جميع هذه الاحوال تتشوه عظام الحرقفة بالاكثر باعتدال انحرافها الطبيعى وبالانثناء الواضح لجزئها الجبى العانى على الجزء الحرقفى وما عدا ذلك تبلغ كلها اقطارا اقل جدا من اقطارها الاعتيادية فاذا كان تشوه السلسلة عظيما لم يمكن ان تحفظ الاضلاع حالة انتظامها فكما يلزم ان تقرب للجانب المقعر وتبعد عن الجانب المحدب من العمود الفقرى كذلك تدير الفقرات دائما وجهها المقدم جهة التحدب فتلتف تلك العظام حينئذ على محورها مع كونها تنحنى وتتشوه بان تسمك من جانب وترق من جانب آخر فيتبع ذلك ان فى الجانب المحدب تذهب النتوات المستعرضة الى الخلف وتتبعها الاضلاع ايضا ويقوم من ذلك ابرز جزء فى الحدبة وزواياها مع كونها اكثر انحناء من العادة ليست اقل تقهقرا ايضا بالنسبة لاضلاع الجانب المقعر فلذلك ينبعج الجزء المقدم من الصدر فى محاذات الحدبة الظهرية ويبرز فى الجانب المقابل لذلك بل قبل ان يتشوه العمود الفقرى تشوها عظيما يشاهد فى بعض الاطفال الذين معهم لين العظام حتى بعد الولادة ببعض اشهر تغير عظيم فى شكل اضلاعهم فاذا كان الداء خفيفا يكون اللين العام قليل العظم ويزيد التقوس الطبيعى للاضلاع نحو الزاوية ويضيق الصدر بالعرض ويزيد تقوس غضاريف الاضلاع سواء فى جميع طولها او قرب القص فقط واما اذا كان الداء عميقا فان الجزء المتوسط من الاضلاع ينخسف الى الباطن وينبعج الصدر نحو القسم الثديى وقليلا من الخلف بحيث قد يظن ان هذه الانخسافات ناشئة من الضغط الحاصل من اذرعة الطفل وهو فى قماطه المشدود جدا بخلاف الجزء السفلى من الصدر فانه يتسع حتى يتوافق مع عظم البطن الغالب فى مثل تلك الحالة

والغالب ان يكون القص بارزا مقوسا على سطحه من الامام الى الخلف والترقوتان قد يحصل فيهما تشوه عظيم فيزيد تقوسهما الطبيعى الى الامام

بحيث يصير زاوية وتشوه الكتفين نادر والتغيرات التى تحصل لهما من تشوه الصدر ليست عظيمة الاهتمام فى حركة التنفس وبقية عظام اليد يحصل فيها قصر عظيم ولاسيما الاصابع فانها تقصر وتسمك وتنعقد والسلاميات تتسع احيانا فى الطول والعرض والعضد قد يتقوس بحيث يقرب لشكل الياء المقطوعة اى السين الافرنجية والساعد يعوج الى الانسية وكذلك الفخذان قد تلتفان مثل الشكل المذكور فى العضد فالجزء العلوى ينثنى الى الانسية والسفلى الى الوحشية وعلى حسب غلبة احد التقوسين وزيادة انتفاخ احد النتوين العقديين على الآخر تذهب الركبتان الى الانسية فيحصل من ذلك الصكك وتلك الحالة تؤثر ايضا فى اتجاه عظام الساق وتقوسها فالغالب ان القصبة تحدب الى الامام والوحشية ولا تكابد هذا الانحناء الا فى نحو ثلثها السفلى ويندر ان تنحنى فى جزئها العلوى الى الامام والانسية وشوهد زيادة التقوس فيها حتى صار الشخص يرتكز على الارض بساقه كما يرتكز بقدمه والغالب ان يتكون من القصبتين فى الجانبين شكل البسى اى ذو قطع ناقص تحدبه من الوحشية وتقعره من الانسية فتنتج من تلك التشوهات التقوسات المخالفة وقصر هاتين الرجلين التابع لذلك ان الشخص فى المشى يخط نصف دائرة التفاف ولا يتقدم الى الامام الا مع تراكب القدمين على بعضهما وذلك يعطيه مشية مخصوصة

التشخيص * من المهم بالاكثر تذكار الظاهرات الاول التى توجد عند ظهور الداء وكذا درجاته الاول فى الاحوال التى يكون الظهور فيها بطيأ فيخشى حصوله فى السن الاول للاطفال المتألمة اذا كان الرأس كبير الحجم والبطن كبيرا ايضا والساقان دقيقتين ضعيفتين ومفاصل الركبة ورسغ اليد عظيمة الانتفاخ والتسنن شاقا وبكرت الاسنان بالتغير النتن وتقوست الساقان وبرزت الترقوتان وانخسفت الاضلاع مع قصر التنفس وزيادة الاستعداد للزكام فهذه هى العلامات الاول التى تعلن بظهور الداء اما فى الاسنان الآتية بعد فلا يعول بالاكثر الا على زوغان القامة والهيئات الرديئة التى تشاهد فى الطفل فلا يمسك

نفسه الا استمساكا رديئا فاذا اضطر لعدل قامته شوهد ان احد المنكبين يكون اقوى من الآخر وارفع منه والغالب ان يكون ذلك هو المنكب الايمن وانما ارتفع لان القسم الظهرى اتجه لذلك الجانب وتقوس نحو ثلثه العلوى فاذا حصل التقوس من الاسفل حصل فى بعض الاحيان ان الجزء العلوى من القسم الظهرى كالعنق ايضا يتجه للجهة المقابلة لاجل المعادلة فالمنكب الايسر يظهر انه ليس بارفع وانما يكون اقوى من الآخر وتكون العضلة المربعة المنحرفة اعظم سمكا وفى جميع الاحوال يصير الجانب الايمن من الصدر اكثر تقببا واما الجانب الايسر فيذهب الى الداخل ويكون فيه انخفاض عمقه يزيد بزيادة الزوغان وقد اعتيد فى هذا الزوغان المبتدأ على البحث مع غاية الانتباه فى جملة النتوات الشوكية وهو بحث لا ينبغى اهماله لكن ينبغى ان تعلم ان اعتباراتها لا يؤخذ منها مقدار شدة الانخرام والفساد فانه اذا القى النظر لمحة على سلسلة مشوهة جدا شوهد ان جسم الفقرات يكون اكثر زوغانا من نتواتها الشوكية فالاول اعنى الجسم يتجه جدا نحو التحدب واما الاخير اعنى النتو الشوكى فيقرب من الخط المتوسط ومع ذلك يكون ابعد عنه مما اذا لم تكابد الفقرة الاحركة دوران بسيط على محورها لان هذا النتو يحصل فيه ايضا زوغان مخصوص بحيث ان الفقرة المصابة بالداء كما هى مشوهة بالتفرطح الغير المستوى فى جسمها الذى قد يكون ارتفاعه من جانب مزدوج ارتفاع الجانب الآخر تكون ايضا منثنية على خطها المتقدم الخلفى فالجسم والنتو الشوكى فيهما ميل لان يذهبا للجانب المحدب من الحدبة فيضيقان بذلك الميزاب الفقرى من هذا الجانب نفسه فهذه هى الظاهرات التى تشاهد فى مبدأ هذا اللين ولا نتكلم هنا على اللين العتيق للعظام لانه يعرف بنفسه وانما نذكر كلمات فى اشتباه اللين المبتدأ وسيما الجزئى ببعض آفات

فاولا الهيئات المعيبة الناشئة من الاعتيادات الرديئة او من الضعف فانها كثيرا ما تنسب للين العظام ويعالجونها بالوسائط المتعبة المنسوبة للصناعة التعديلية مع ان المقويات والممارسات تكفى غالبا لزوالها والعلامة

الواصفة

الواصفة لهذه الحالة هي امكان الاعتدال التام من ذاته اذا قبض الطفل الصغير عضلاته اما الزوغانات الناشئة عن اللين الحقيقي فان معها آفة في الفقرات نفسها او في وسائط ارتباطاتها فمع طول الزمن تتشوه تلك العظام ولا يشك في انها كانت لينة قبل ذلك ويمكن ايضا ان يكون انتفاخها غير متساو في جميعها بل قد يصل التغير الى درجة الاستحالة التامة وثانيا قد يحصل من الاستحالة الدرنية في العقد ما يحصل من هذا الداء بل قد توجد معه فتعد من نتائجه او مضاعفاته مع انه يوجد في هذه الحالة آلام موضعية وعوارض شللية لا تشاهد في الحدب البسيط والتحدب الناشئ من تلك الاستحالة يكون ابرز من الخلف ويقل كونه جانبيا وانما الغالب كونه متوسطا لكن لا يلزم وجود تلك الاستحالة في كل حدبة متصفة بذلك وانما ذلك دليل على استعداد عظيم لهذا التضاعف المهم الذي يخالف التحدب الحقيقي المسمى بداء بوط لان هذا التحدب يكون محدودا وتقوسه زاويا ويتميز ببروز نتوشوكى اونتوين ويوجد معه في الغالب برپلجيا اى شلل النصف السفلى من الجسم وثالثا قد يحصل زوغان لفقرة مثلا قليل السعة جدا بدون سبب معروف وبدون مرض سابق او حاضر كما شاهد ذلك دوجيس في الفقرة السابعة الخرزية بحيث كان لا يدرك تشوهها الا مع غاية الانتباه ورابعا هنالك حالة مهمة ايضا وهي التي ينثني فيها العمود الفقرى من ضمور احد نصفي الصدر فالتقوس حينئذ يكون جانبيا لطيفا مستويا ويتم ايضاحه بالبحث التام في الصدر قال دوجيس قد رأينا حالة فيها تجمع صديدى في الصدر مع خراج تحت الجلد فظننوا ذلك تسوسا في الفقرات بسبب اعوجاج حصل من ذلك في السلسلة ورأينا بنظير ذلك بنتا صغيرة نسبوا تشوهها الوقتى لضمور متوهم في احدى الرئتين وقد يوجد في بعض الاشخاص من تأثير سبب شبيه بذلك نوع آخر من التقوس السلسلي فمن ذلك انثى جيدة التكون لكن كان معها انبعاج في جانبي الصدر من الامام تحت الترقوتين وبروز من الخلف للمنكبين كانهما ناتئتان من تقوس السلسلة التي كانت مقوصرة من الخلف

البوتاسة والدلك والكهربائية ومن الباطن البردانا والارنيكا والديجتال والشمار والزنجبيل والفراسيون الابيض والكينا والكبريت وقد تنفع ايضا الحمصات والكى بالنار والاخزمة والمقصى حول المفاصل المصابة وعلاج المفصلى الجرحى الحاد يقوم من التحرس من الالتهاب او مقاومته بشدة فاذا حصل فى العضو رض اوتوتر اوارتجاج مفصلى ولم يمكن التحرز من حصول الالتهاب لطف فيضان السائلات بغمس العضو مدة طويلة فى اناء مملوء ماء باردا اى فى درجة حرارة اعتيادية ويجدد الماء كلما سخن او تحفظ درجة برودته بثلج او ماء يسلط عليه فاذا كان موضع المفصل المصاب مانعا من استعمال تلك الواسطة او استعملت بالفعل مدة ست ساعات او ثمان او عشر كان لا بأس باحاطة المفصل برفائد مغموسة فى الماء البارد تحفظ برباط متوسط الشد يندى دائما بهذا السائل بحيث يبقى العضو دائما مندى بالبارد فذلك الاستعمال مع الراحة التامة والوضع المناسب للعضو مستداما ذلك اياما يكفى غالبا لازالة الالتهاب المفصلى ويقوى ذلك بمضادات الالتهاب من الافصاد والحمية والمشروبات المحللة المبردة كما يعالج بذلك من الابتداء اذا نودى الطبيب بعد ظهور الاعراض الاول للالتهاب المفصلى فان كان هناك جرح عولج بما يناسبه فاذا حصل فى الجرح اختناق اطلق ثم ضم مع ملازمة الراحة التامة للعضو فاذا تكونت خراجات فتحت بالآلات القاطعة وغير عليها بالتغيير المناسب والاوضاع المرخية والضغط اللطيف والراحة التامة والتدبير القاسى ويعالج الجرحى المزمن بمضادات الالتهاب ايضا كالعلق المتكرر لكن بعدد يسير وفترات بين الاوضاع واما استعمال المنبهات من الخارج كصب المياه المعدنية الملحية او الكبريتية فلا تناسب لانها تنبت التهيج وتسرع الفساد ومن الخطر وضع المصرفات القوية قريبا من الاجزاء المصابة ولذا كانت المحاريق والمقصى فى الالتهابات المفصلية العميقة كالتهاب مفاصل الفقرات والحوض والحرقفة مع الفخذ والكتف انجح من استعمالها فى مفاصل الركبة والمرفق ورسغ اليد وعظام القدمين واليدين وكانت انفع فى آفات العظام او الغضاريف

او الاغشية

اوالاغشية الزلالية من استعمالها فى التهاب الاجزاء المفصلية السطحية ويعالج التيبس اللينفاوى اوالشحمى الخالى عن الحرارة والالم بالصب المنبه والمروخات كذلك وممارسة الحركات وتنفع هنا المياه المعدنية الكبريتية والمعالجة الباطنة تقوم من اغذية كافية خوفا من انحطاط القوى وليحذر من كثرتها خوفا من اتعاب اعضاء الهضم وتأثيرها فى العضو المريض واما تشوهات المفاصل وتعديلها فسنجعلها فى مؤلف مخصوص

الفصل الرابع
فى لين العظام

يسمى باليونانية راشيتس وكأن اول من وضع اسم هذا الداء جعله قاصرا على داء السلسلة الفقرية فمعنى راشيتس اى داء السلسلة ثم توسعوا فيه واطلقوه على وجود تلك الآفة فى اى عظم كان من عظام الجسم فمعناه الآن لين العظام فى الاطفال وتشوهها فمن المهم ان يعين نوع التغير الذاتى له وان يميز حسب الامكان عن مايشتبه به كثيرا كهشاشة المجموع العظمى وسهولة تفتته مهما كان سببه ومضاعفته بكل فساد يتبعه هو كالداء الزهرى الذى يأكل جوهر العظام الطويلة بعمل التهابى او بغيره والآفات السرطانية التى تتلف المنسوجات كذلك سواء ابتدأت بالنخاع اواستولت اولا على السمحاق اوالجوهر العظمى نفسه ففى تلك الآفات لايشاهد تقوس بطئ فى العظام وانما يشاهد انكسارها دفعة كأن نقص التماسك حصل فى اللحمة الهلامية اكثر منه فى الجزء الكلسى اواقله حصول ذلك فيهما معا وعكس ذلك يحصل فى اللين الحقيقى لان المنسوج العظمى فيه يميل شيأ فشيأ لنقص جزئه الآلى وتعريته من الجواهر الملحية التى تقوم منها بنيته وتعطى له قوامه وصلابته غيران انواع اللين ليست كلها من طبيعة واحدة اواقله ان يقال انها ليست ناشئة من سبب واحد فليست متحدة النتائج بل اللين فى الاطفال الذين يكون الراشيتس فيهم حقيقيا تختلف طبيعته بحيث يتنوع فيهم الى جملة انواع تستدعى احتراسات مختلفة غيران تلك الانواع لم يكن عندنا لها الابعض

اصول نشرحها بها شرحا عاما ونرجو بتقدم العلوم ان تنكشف لنا اصنافها على الحقيقة ولقد ذكروا انواعا لهذا الداء تغالوا فيها واسسوها على اراء افتراضية نتج عنها الخبطة واختلاط فى هذا الموضوع فلذلك لم نلتفت اليها ولانأمن الزلل فى ذلك الا اذا ميزنا اللين فى الاطفال عن ما فى البالغين وان كان فى هؤلاء قد توجد فيه صفات الراشيتس الحقيقى الذى يحصل للاطفال لكن الغالب انه يختلف عنه بالكلية فيكون اجتماعهما فى شرح واحد غير لائق اذ يرتبك الطبيب حينما يرى احوالا من اللين فى البالغين غير قابلة غالبا للشفاء واحوالا من الراشيتس يمكن ايقاف سعيها وتخفيفها والطبيعة نفسها ماسكة لها فى حدود محدودة من الشدة والمدة ومع ذلك هاتان الآفتان لايخلوان عن مشابهة ولكن لايستغرب اختلافهما اذا اعتبر كون المجموع العظمى يفقد فى البالغين التأليف والتركيب الذى اكتسبه مما بقا وفى الاطفال يتبع سيرا غير اعتيادى فى تركيبه الذى لم يزل غير تام ومن المعلوم ان السبب الخفيف قد يطبع فى هذا المنسوج العظمى الذى هو فى عنفوان تولده تنوعات مرضية لكن يسهل مقاومتها ومعالجتها واما الفساد اى التغير العميق للتعظم الذى حصل سابقا فانه يكون صادرا دائما من سبب قوى يعسر فى الغالب قهره ولذلك نرى فى الاطفال ايضا ان اختلاف الاسنان يعطى للداء صفات مختلفة ونعلم فى البالغين استعصاءه وشدة نتائجه وفى جميع الاحوال التى انقضت مشاهدتها تكون العظام كقوى مبتلة قوامها كالشمع واحيانا يشاركها فى تلك الحالة اصلب العظام حتى الاسنان وربما اجتمعت تلك الآفة فى النساء مع الحمل فينخسف الحوض على نفسه ويضيق بحيث يعسر على القابلة ادخال الاصابع فيه غير انه ينفتح ويتسع برأس الجنين حتى تحصل الولادة الطبيعية ويندر ان تكتسب العظام فى الراشيتس الحقيقى قواما يقرب للغضروفية حتى يصير فيها بعض قابلية للانثناء ولكن من المحقق ان منسوجها يصير اكثر هشاشة واسفنجية فالعظام الطويلة مثلا لايكون سمحاقها سميكا وانما يكون شديد الالتصاق بالعظم وبالصفيحة الظاهرة من جوهره المتوسط المنفصلة عن

الصفحات.

الصفحات العميقة بطبقة من منسوج اسفنجي قليل الصلابة وعلى رأى روفس تنفصل الصفحات العميقة ايضا عن بعضها بطبقات خلوية ومجموع العظم كثيرا ما يوجد حينئذ رخوا وغائيا يسيل الدم من محل قطعه ولا يخرج منه بالتحليل الكيماوى على رأى مكنيل الا احد وعشرون جزأ مثينية من الفصفات الكلسى بدل ان يكون فيه تقريبا خمسين جزأ فى الحالة الاعتيادية وفى جميع الاحوال تظهر الصفائح المندمجة نفسها قليلة اللذوذة رطبة يسهل شقها وقطعها بالمشرط والجوهر المتوسط نفسه للعظام الطويلة قد يحصل فيه تغيرات حتى ان قناته النخاعية تضيق غالبا بل ربما انسدت فى محل التقوس العظيم ونخاعها يكون اكثر احمرارا واقل شحمية من العادة وقد يتبدل بمصل محمر كما ذكر ذلك بواير

والاطراف المفصلية لهذه العظام تكون دائما كبيرة الحجم وعلى رأى معظم المؤلفين ينشأ هذا الورم فيها من اتساع الخلايا فى الجوهر الاسفنجي للنتوات الغضروفية ونسبه روفس لتولد جوهر عظمى رخو على شكل اسفنج دقيق احمر بين النتو الغضروفى والعظم نفسه قال دوجيس ومع ذلك يظهر لنا ان الاولى ان نختلر كونه انتفاخا حقيقيا للنتو الغضروفى ولقد تحقق هذا الطبيب الشاب يعنى روفس ان انتفاخ الطرف المقدم للاضلاع خصوصا ناشئ من انتفاخ جوهرها الاسفنجي وتحقق ايضا ان الخلايا التى يبتدأ بها تعظم النتوات الغضروفية تكون اقطارها حينئذ غير اعتيادية

والعظام المسطحة يوجد فى وسطها ايضا اتساع الخلايا مع نقص الجوهر المندمج وقد نبه بكلار سابقا على انتفاخ وسط العظام الجدارية وغائيته قال دوجيس وقد رأينا ان القسم المركزى الذى هو منشأ التعظم لمعظم عظام الجمجمة كالحدبات الجبهية والجدارية والحدبة القمحدوية والعظام الصدغية عظيم فى الثخن اكثر منه فى الاتساع واحمر محدود مكون من منسوج خلايا مستديرة اوملتفة دودية واسعة الجدران واكثر قواما من الغضروف فهل يستنتج من هذه المنابع التشريحية المرضية وجود التهاب عام فى المنسوج العظمى تحول

لم يكن هنالك اثر ولا علامات تعلن بحالة التهابية حادة ولم يوجد هنالك ايضا
استرخاء ولا ترشح ولا ضعف وانما العمل الالتهابي لهذا الداء لابد وان يكون له
في الابتداء غالبا بعض فاعلية اقلها ان تكون جزئية موضعية كما يؤخذ ذلك
من اعراضه لكن هذا الدور قصير جدا بل قد يعدم احيانا فيصح ان يظن
حصول تغير وتحول في التعظم نشأ من ضعف التأثير لا من افراطه فيبقى غير تام
مدة الادوار التي اتت فيما بعد فسواء كان هنالك احتقان او التهاب دوني
او ضخامة في المجموع العظمي لم يلزم من ذلك ان يكون الداء من امراض القوة
بحيث يستدعي علاجا مضعفا فهو نظير السمن في الاشخاص الليمفاويين
والالتهابات المزمنة في العقد والانف والشفتين والاعين في الخنزيريين حيث
لم يدل ذلك على قوة البنية ولا على حالة تنبه مرضي حقيقي عام

اسباب الراشيتس * الغالب اصابة هذا الداء للاطفال ويظهر فيهم من سن ستة
اشهر او ثمانية الى سنتين او ثلاث وان كان قد يحصل لهم بعد ذلك كما سيأتي واما
عروضه للبالغين والشيوخ فنادر واذا عرض لهم كان نتيجة امراض اخر
وهنالك امثلة لاصابة المولودين به ويعسر ان تعين البنية المهيئة لهذا الداء
وكثيرا ما ينتقل بالوراثة فاذا اصيب به طفل من عائلة لم يندر مشاهدته في غيره
من عائلته كاخوته او اخواته بدرجات مختلفة واذا بحثنا في الاصول نجد غالبا
ان منهم من كان مصابا به في حال طفوليته والغالب ملازمته للبنية الليمفاوية
نعم قد يفارقها فتشاهد الاطفال المصابون سمر الجلود سود الشعور لكن ذلك
يكون دائما في الاطفال البله فالبلاهة يقينا من اسبابه المهيئة لكن البنية
المذكورة قد لا يكون لها دخل في ذلك فقد يصاب به الجنين في بطن امه وذلك
كالاطفال الذين يولدون بدون عظام وذكر شيأ من ذلك بقراط في كتابه وذكر
بنيل وشوسيير امثلة منهم وان كان هنالك وجه للطعن في كون سبب ذلك فيهم
هو الراشيتس والغالب عروض هذا الداء في احد الازمنة الآتية وهي التسنين
الاول والتسنين الثاني والبلوغ وسيما في النساء لكن يختلف فيها بالكثرة والصفات
والاقسام التي يصيبها من البدن والسن الاول هو اكثر ما يعين على ظهوره اقله

من

من سن الفطامة وموافقة تلك الازمنة لظهور الداء ينبغى مراعاتها فى مبحث الاعراض سواء كانت اعانتها على ظهوره بحركتها المنبهة للبنية او بتأثيرها القريب فى تولده وذلك لانه يعسر بل قد لا يمكن اصلا تمييز الاسباب المهيئة له عن الاسباب المحدثة فتشابه بعضها فى الذات وكيفية التأثير ولا تختلف الا بدرجة فاعليتها ويصح ان تعد الانوثة من الاسباب المهيئة له فقد جعل دوفور نسبة البنات للصبيان فى الاصابة به كنسبة خمسة عشر لواحد وجعلها مرجولين كنسبة عشرين لواحد لكن ذكر دوجيس ان حقية ذلك انما هى فى التقوسات التى تعرض نحو السن الثانى او البلوغ لا الذى يحصل فى السن الاول بقى من الاسباب المهيئة اسباب لا ينبغى اهمال ذكرها وذلك كالعام الكسر القديم وكثرة تشوهات العمود الفقرى فان وعائية عظامه وطبيعتها الاسفنجية لهما تأثير فى سهولة التوائه فيمكن ان تلين الجواهر المتوسطة بين الفقرات وتنقاد لجهة ما او تنتفخ فى جهة فتميل العمود للجهة الاخرى ومما يهيء لتلك الانحناآت التقوسات الطبيعية فى السلسلة لكن لا بد لصيرورة التقوس مرضيا ان يكون هناك ضعف فى العضلات بحيث لا تقدر على مقاومة ثقل الرأس والاطراف العليا ونقص فى قوة تماسك الفقرات او وسائط انضمامها ومن المهيئات لمرض العظام الطويلة تقوساتها الطبيعية ايضا كالفخذ فانها تتقوس فى الغالب بحيث يكون تحدبها من الامام والوحشية وتأثير الفعل العضلى وثقل الجسم يؤثران هنا كما فى الكسر الردىء الصلابة لكن ينبغى ان تعلم ان ذلك لا يكون دائما هكذا وان هذا السبب المهيء لا يمنع حصول الزوغان فى الجهة المقابلة

ومن اقوى الاسباب التى عدوها محدثة للراشيتس الداء الخنازيرى مع ان من المحقق انه لم يشاهد فى الخنزريين الا زيادة فى المزاج اللينفاوى وان استحالة الدرن والعقد هى احدى النتائج الواصفة له فيلزم ان يجزم باختلاف طبيعة الخنازير عن الراشيتس اختلافا تاما وذلك لانا رأينا ان المزاج اللينفاوى يبعد جعله شرطا لازما فى اسباب الراشيتس وان الطبيب روفس اثبت ان الدرن يوجد فيه

على سبيل الندرة لانه لم يجده فى الرئتين اوغيرهما الافى ست مرات من عشرين ماتوا بهذا الداء واما الكثير فى كل من الداءين فهو ان كلا منهما يتولد من تأثير اسباب مضعفة طويلة المدة كالرضاعة الغير المنتظمة اوالغير الكافية ولبن المرضعة التى صارت حاملا والفطامة قبل اوانها اوالمتجاوزة اوانها واستعمال الاغذية القليلة التغذية اوالرديئة الطبيعة والسكنى فى الاماكن الرطبة اوالمعتمة اوالباردة اوالفاسدة الهواء ومن فساد الهواء تحمله لروائح خبيثة وعامة بلادنا تعرف ذلك وقال دوجيس قد رأينا من اولاد الاغنياء اطفالا اصيبوا بهذا الداء بسبب افراطهم فى الاستحمامات الفاترة اوبسبب اصابتهم بامراض حادة تكررت فيهم وامرلهم باستفراغات دموية كثيرة

اعراض هذا الداء وادواره * قد سبق لنا ان مدة التسنن الاول اعنى من السنة الاولى الى الرابعة هى التى يظهر فيها هذا الداء غالبا ويعوق نموه القابل له واما مدة التسنن الثانى فتندر اصابة الاطراف فيه اذا لم يصل الداء لذلك فى السن الاول وانما اصابته حينئذ تكون للسلسلة فقط والحوض فى البنات من حيث انه لم يصل الى الآن لتمام نموه يمكن ان يحصل فيه من ذلك تشوه عظيم اما اذا حصل الداء فى سن البلوغ فان الحوض يبقى فى الحالة الطبيعية مهما كان زوغان السلسلة واولى من ذلك اذا ظهر مدة الحمل زوغان فى السلسلة مصحوب بقصر فيها ولم يحصل ذلك مدة الطفولية الاولى وربما سهل فى الطفل الحكم بعروض داء الحدب قبل حصوله مع ان صحته لا توجد فيها الصفات الآتية فقبل تقدم الداء يكون الوجه فى الغالب منبعجا من الجانبين والانف بارزا والفك العلوى متقدما والرأس بحسب الظاهر اعظم حجما وان لم يكن كذلك فى الحقيقة وتظهر الاطراف طويلة دقيقة لانها لكونها حافظة لاستقامتها تظهر اطول بالنسبة للبدن الذى قصر بالتواء السلسلة وتوجد تلك الهيئة الظاهرية بالاكثر فى الاطراف العليا ويظهر ان الايدى والاصابع استدقت ولين العظام فى السن الاول قد يحصل احيانا بحالة فجأة حمى قليلة الشدة مع فقد شهية وعدم امكان الاستمساك فى الوقوف وآلام فى الاطراف وتكدر

فى البول ونحو ذلك وقد لا توجد تلك الاعراض اولا تظهر الاوقت ازدياد فجائى فى شدة الداء وانما يظهر فى الابتداء بضعف وهبوط وانتقاع لون وانتفاخ فى المفاصل اذا رأته العامة تقول قد اصيب هذا الطفل بلين العظام واحيانا تكون العلامة الاولى الظاهرة هى تشوه اى تقوس يحصل سريعا فى وسط عظم طويل او جملة عظام معا ثم تلك التشوهات سواء حصلت كلها معا اوعلى التتابع تميل للزيادة تارة بدون استواء وتارة مع استواء وربما وصلت الى حد بحيث يعسر ان يعرف كيف يتيسر حفظ الحياة فى جسم ردىء الصفات هكذا بل ربما وصل الطفل لسن البلوغ مع ان طوله لا يبلغ قدمان وقد شوهد ذلك سنة ١٨٢٤ عيسوية فى امرأة حملت وهى فى تلك الحالة وولدت بالعملية القيصرية فى بيت الرحمة بباريس وماتت عقب هذه العملية والتشوهات الرئيسة التى تحصل لهؤلاء الاشخاص بعد تيبس اعضائهم هى ان الرأس يكون فى الغالب غليظا ويزيد انتفاخه بالاكثر من الخلف ذاهبا من الصدغين وتبقى الاعين بارزة ولاسيما الفك السفلى فانه يتقوس ويكون تقعيره الى الاعلى ويتقدم امام عظام الفك الاعلى وتكون الاسنان فى الغالب وسخة واقله ان تكون محززة بالعرض

واما السلسلة فتحفظ احيانا استقامتها فى وسط التشوهات العامة اوتكون اقل تشوها من الاطراف السفلى ولذلك لا يندر ان يشاهد شخص معوج الساقين وغير احدب وان كان الغالب سيرهاتين الآفتين معا لكن تشوه السلسلة وان كان الغالب حصوله هنا بعد تشوه غيرها من اجزاء الجسم الا ان تغيراتها قد تكون عميقة فان هناك احوالا تلتف فيها السلسلة بحيث يقرب اتجاه بعض اجزائها لان يكون بالعرض وربما امتد ذلك الزوغان للعوض وبذلك يعلم سبب عدم انتظام الشكل فى معظم الاحواض المعيبة فبدون ان نطيل الكلام بما هو مذكور فى غير هذا المحل نقول مثلا اذا كان القسم الظهرى مقوسا الى اليمين فالقسم القطنى من السلسلة بذهابه الى اليسار يضغط بانحراف على قاعدة العجز ويقهره على الانحناء فى الجانب المقابل بحيث

يضيق الجانب الايمن من الحوض واما فى النساء المعوجة سوقهن المستقيمة سلسلتهن فيكون الحوض فيهن ضيقا الا انه متساوى القسمة من الجانبين وفى جميع هذه الاحوال تتشوه عظام الحرقفة بالاكثر باعتدال انحرافها الطبيعى وبالانثناء الواضح بجزئها الجبى العانى على الجزء الحرقفى وما عدا ذلك تبلغ كلها اقطارا اقل جدا من اقطارها الاعتيادية فاذا كان تشوه السلسلة عظيما لم يمكن ان تحفظ الاضلاع حالة انتظامها فكما يلزم ان تقرب للجانب المقعر وتبعد عن الجانب المحدب من العمود الفقرى كذلك تدير الفقرات دائما وجهها المقدم جهة التحدب فتلتف تلك العظام حينئذ على محورها مع كونها تنحنى وتتشوه بان تسمك من جانب وترق من جانب آخر فيتبع ذلك ان فى الجانب المحدب تذهب النتوات المستعرضة الى الخلف وتتبعها الاضلاع ايضا ويقوم من ذلك ابرز جزء فى الحدبة وزواياها مع كونها اكثر انحناء من العادة ليست اقل تقهقرا ايضا بالنسبة لاضلاع الجانب المقعر فلذلك ينبعج الجزء المقدم من الصدر فى محاذات الحدبة الظهرية ويبرز فى الجانب المقابل لذلك بل قبل ان يتشوه العمود الفقرى تشوها عظيما يشاهد فى بعض الاطفال الذين معهم لين العظام حتى بعد الولادة ببعض اشهر تغير عظيم فى شكل اضلاعهم فاذا كان الداء خفيفا يكون اللين العام قليل العظم ويزيد التقوس الطبيعى للاضلاع نحو الزاوية ويضيق الصدر بالعرض ويزيد تقوس غضاريف الاضلاع سواء فى جميع طولها او قرب القص فقط واما اذا كان الداء عميقا فان الجزء المتوسط من الاضلاع ينخسف الى الباطن وينبعج الصدر نحو القسم الثدبى وقليلا من الخلف بحيث قد يظن ان هذه الانخسافات ناشئة من الضغط الحاصل من اذرعة الطفل وهو فى قماطه المشدود جدا بخلاف الجزء السفلى من الصدر فانه يتسع حتى يتوافق مع عظم البطن الغالب فى مثل تلك الحالة

والغالب ان يكون القص بارزا مقوسا على سطحه من الامام الى الخلف والترقوتان قد يحصل فيهما تشوه عظيم فيزيد تقوسهما الطبيعى الى الامام

بحيث يصير زاويا وتشوه الكتفين نادر والتغيرات التى تحصل لهما من تشوه الصدر ليست عظيمة الاهتمام فى حركة التنفس وبقية عظام اليد يحصل فيها قصر عظيم ولاسيما الاصابع فانها تقصر وتسمك وتتعقد والسلاميات تتسع احيانا فى الطول والعرض والعضد قد يتقوس بحيث يقرب لشكل الياء المقطوعة اى السين الافرنجية والساعد يعوج الى الانسية وكذلك الفخذان قد تلتفان مثل الشكل المذكور فى العضد فالجزء العلوى ينثنى الى الانسية والسفلى الى الوحشية وعلى حسب غلبة احد التقوسين وزيادة انتفاخ احد التدوين العقديين على الآخر تذهب الركبتان الى الانسية فيحصل من ذلك الصكك وتلك الحالة تؤثر ايضا فى اتجاه عظام الساق وتقوسها فالغالب ان القصبة تحدب الى الامام والوحشية ولا تكابد هذا الانحناء الا فى نحو ثلثها السفلى ويندر ان تنحنى فى جزئها العلوى الى الامام والانسية وشوهد زيادة التقوس فيها حتى صار الشخص يرتكز على الارض بساقه كما يرتكز بقدمه والغالب ان يتكون من القصبتين فى الجانبين شكل البسى اى ذو قطع ناقص تحدبه من الوحشية وتقعره من الانسية فتنتج من تلك التشوهات التقوسات المتخالفة وقصرها تين الرجلين التابع لذلك ان الشخص فى المشى يخط نصف دائرة التفاف ولا يتقدم الى الامام الا مع تراكب القدمين على بعضهما وذلك يعطيه مشية مخصوصة

التشخيص * من المهم بالاكثر تذكار الظاهرات الاول التى توجد عند ظهور الداء وكذا درجاته الاول فى الاحوال التى يكون الظهور فيها بطيأ فيخشى حصوله فى السن الاول للاطفال المتألمة اذا كان الرأس كبير الحجم والبطن كبيرا ايضا والساقان دقيقتين ضعيفتين ومفاصل الركبة ورسغ اليد عظيمة الانتفاخ والقسنن شاقا وبكرت الاسنان بالتغير النتن وتقوست الساقان وبرزت الترقوتان وانخسفت الاضلاع مع قصر التنفس وزيادة الاستعداد للزكام فهذه هى العلامات الاول التى تعلن بظهور الداء اما فى الاسنان الآتية بعد فلا يعول بالاكثر الا على زوغان القامة والهيئات الرديئة التى تشاهد فى الطفل فلا يمسك

نفسه الا استمساكا رديئا فاذا اضطر لعدل قامته شوهد ان احد المنكبين يكون اقوى من الآخر وارفع منه والغالب ان يكون ذلك هو المنكب الايمن وانما ارتفع لان القسم الظهرى اتجه لذلك الجانب وتقوس نحو ثلثه العلوى فاذا حصل التقوس من الاسفل حصل فى بعض الاحيان ان الجزء العلوى من القسم الظهرى كالعنق ايضا يتجه للجهة المقابلة لاجل المعادلة فالمنكب الايسر يظهر انه ليس بارفع وانما يكون اقوى من الآخر وتكون العضلة المربعة المنحرفة اعظم سمكا وفى جميع الاحوال يصير الجانب الايمن من الصدر اكثر تقببا واما الجانب الايسر فيذهب الى الداخل ويكون فيه انخفاض عمقه يزيد بزيادة الزوغان وقد اعتيد فى هذا الزوغان المبتدأ على البحث مع غاية الانتباه فى جملة النتوات الشوكية وهو بحث لا ينبغى اهماله لكن ينبغى ان تعلم ان اعتباراتها لا يؤخذ منها مقدار شدة الانحرام والفساد فانه اذا القى النظر لمحة على سلسلة مشوهة جدا شوهد ان جسم الفقرات يكون اكثر زوغانا من نتواتها الشوكية فللاول اعنى الجسم يتجه جدا نحو التحدب واما الاخير اعنى النتو الشوكى فيقرب من الخط المتوسط ومع ذلك يكون ابعد عنه مما اذا لم تكابد الفقرة الا حركة دوران بسيط على محورها لان هذا النتو يحصل فيه ايضا زوغان مخصوص بحيث ان الفقرة المصابة بالداء كما هى مشوهة بالتفرطح الغير المستوى فى جسمها الذى قد يكون ارتفاعه من جانب ضعف ارتفاع الجانب الآخر تكون ايضا منثنية على خطها المتقدم الخلفى فالجسم والنتو الشوكى فيهما ميل لان يذهبا للجانب المحدب من الحدبة فيضيقان بذلك الميزاب الفقرى من هذا الجانب نفسه فهذه هى الظاهرات التى تشاهد فى بن معه هذا اللين ولا نتكلم هنا على اللين العتيق للعظام لانه يعرف بنفسه وانما نذكر كلمات فى اشتباه اللين المبتدأ وسيما الجزئى ببعض آفات

فاولا الهيئات المعيبة الناشئة من الاعتيادات الرديئة او من الضعف فانها كثيرا ما تنسب للين العظام ويعالجونها بالوسائط المتعبة المفسو بة لصناعة التعديل مع ان المقويات والممارسات تكفى غالبا لزوالها والعلامة

الواصفة لهذه الحالة هي امكان الاعتدال التام من ذاته اذا قبض الطفل الصغير عضلاته اما الزوغانات الناشئة عن اللين الحقيقي فان معها آفة في الفقرات نفسها او في وسائط ارتباطاتها فمع طول الزمن تتشوه تلك العظام ولا يشك في انها كانت لينة قبل ذلك ويمكن ايضا ان يكون انتفاخها غير متساو في جميعها بل قد يصل التغير الى درجة الاستحالة التامة وثانيا قد يحصل من الاستحالة الدرنية في العقد ما يحصل من هذا الداء بل قد توجد معه فتعد من نتائجه او مضاعفاته مع انه يوجد في هذه الحالة آلام موضعية وعوارض شللية لا تشاهد في الحدب البسيط والتحدب الناشئ من تلك الاستحالة يكون ابرز من الخلف ويقل كونه جانبيا وانما الغالب كونه متوسطا لكن لا يلزم وجود تلك الاستحالة في كل حدبة متصفة بذلك وانما ذلك دليل على استعداد عظيم لهذا التضاعف المهم الذي يخالف التحدب الحقيقي المسمى بداء بوط لان هذا التحدب يكون محدودا وتقوسه زاويا ويتميز ببروز نتوشوكى او نتوين ويوجد معه في الغالب برابلجيا اى شلل النصف السفلي من الجسم وثالثا قد يحصل زوغان لفقرة مثلا قليل السعة جدا بدون سبب معروف وبدون مرض سابق او حاضر كما شاهد ذلك دوجيس في الفقرة السابعة الخرزية بحيث كان لا يدرك تشوهها الا مع غاية الانتباه ورابعا هنالك حالة مهمة ايضا وهي التي ينثني فيها العمود الفقري من ضمور احد نصفي الصدر فالتقوس حينئذ يكون جانبيا لطيفا مستويا ويتم ايضاحه بالبحث التام في الصدر قال دوجيس قد رأينا حالة فيها تجمع صديدى في الصدر مع خراج تحت الجلد فظنوا ذلك تسوسا في الفقرات بسبب اعوجاج حصل من ذلك في السلسلة ورأينا بنظير ذلك بنتا صغيرة نسبوا تشوهها الوقتي لضمور متوهم في احدى الرئتين وقد يوجد في بعض الاشخاص من تأثير سبب شبيه بذلك نوع آخر من التقوس السلسلي فمن ذلك انثى جيدة التكون لكن كان معها انبعاج في جانبي الصدر من الامام تحت الترقوتين وبروز من الخلف للمنكبين كأنهما ناتئان من تقوس السلسلة التي كانت مقوصرة من الخلف

كالاضلاع العليا ايضا وتلك الحالة كانت فيها تابعة لسعال كابى ثقيل جدا شديد الاستعصاء يمكن ان يظن فيه تكون كهوف فى الرئة وترتب على ذلك ضمور الجزء العلوى من الرئتين ثم ضعف جدران الصدر فيما بعد وبهذا كله تعلم مقدار الخطر الذى يحصل من ظن تلك الهيئات نتائج للين العظام وعلاجها بالوسائط الميخانيكية للرد وخامسا قال دوجيس رأيت تقوسا منستاويا فى العمود الفقرى متنطرا فى معظم طوله حصل من آفة روماتزمية والسبب والشكل يميزان تلك الحالة عن الداء الذى نحن بصدده لكن وسائط التعديل تنفع هنا وينال منها نتايج حميدة وسادسا قد ينسبون احيانا تقوسات زاوية او تقرب للزاوية فى الترقوتين لكسورات رديئة الالتحام فى عظام الاطراف ويتهمون فى هذا النوع الردىء المرضعة مع انها فى الواقع بريئة من ذلك وقد وقع نظير ذلك لدوجيس فاتفق انه ظن بحسب الظاهر وجود لحام مشوه عقب كسر غير معروف فى طفل صغير كانت عظام ساعده تقوست على زاوية حادة عقب آلام شديدة ثم ظهر اللين العام بعد ذلك حالا فى جميع عظامه وترتب على ذلك ترك هذا الطبيب علاج التعديل وكثيرا ما ظنوا زوغان الثلث السفلى من عظام الساق اول درجة من انقلاب القدم ثم بالبحث الدقيق عرف ان الزوغان لم يكن مجلسه فى المفصل وانما هو فوقه

الانذار * المضاعفات التى ذكرنا بعض شئ منها على سبيل الاختصار تزيد فى ثقل الانذار لكن لانشتغل هنا الا بما يتعلق بالداء نفسه ونتائجه القريبة ففى بعض الاحوال الثقيلة الحادة يسير الداء بشدة متزايدة وينتهى بفقد هذا الطفل الصغير بواسطة ما يحدثه من الهبوط والسقوط المحرض للاسهال ولعسر التنفس سواء اضيف على الداء الاصلى فساد العقد الماساريقية او السل اوكانت تلك العوارض ناشئة فقط من عيب عام فى التغذية او من تعب فى اعضاء التنفس والغالب ان الداء يسير بطئ ويقف بالطبيعة او بالصناعة بعد مدة ما فاذا بودر بايقافه لم يبق مع الشخص منه الا آثار غير محسوسة ولكن يبقى معه استعداد للرجوع فى زمن من الازمنة التى ذكرناها له سابقا

وهى

وهى التسنن الثانى والبلوغ والولادة وقل ما تعرف الاطباء عوده فى الحالة الاخيرة مع ان ذلك فيها غير نادر فان دوجيس قال انى اعرف جملة نساء اصيبوا بالتواء السلسلة فى سن البلوغ ثم عاد لهم ثانيا بشدة عظيمة بعد الولادة الاولى بل فى زمن الحمل ايضا مع ان منهن من لم يكن معها قبل الزواج الا تشوه خفيف يسهل اخفاؤه بالملابس ومنهن من عولجت بوسائط التعديل من البسط والرياضة واعتدلت اعتدالا تاما او يقرب للتمام فعند ذلك فقدت القامة من هؤلاء النساء جزأ عظيما من ارتفاعها وانتظامها بخلاف من لم تصب فى صغرها الا بانثناآت فى السلسلة ناشئة من الضعف العضلى او الاوضاع الرديئة وشفيت بالمقويات فان هذه يمكن ان تحمل ولادات عديدة شاقة بدون ان يعود لها الداء اما اذا لم يقف الداء الا بعد مدة طويلة فانه يترك بعده تشوهات عددها يكون على حسب شدته الاصلية مع ان تلك التشوهات وان كانت من الابتداء واضحة قد تمحى بالكلية او اقله ان تخف بواسطة تقدم نمو الشخص فيما بعد فقد شوهدت اطفال صغار مشوهون بقيت حالتهم هكذا الى سن البلوغ ثم اخذوا فى العظم من حينئذ ولم يبق معهم ما يشين عند العامة وان لم يكن لهم قامة جيدة ولا تكون مناسب فبعضهم لم يبق معه الا تقوس يسير فى الساقين وبعض تقدم فى الفك السفلى الى الامام واما التشوهات الملازمة المستدامة فانها وان كانت كريهة للنفس لكن لا ينتج منها دائما اخطار ثقيلة خصوصا اذا كانت السلسلة قليلة الاصابة وكانت الاطراف وحدها هى التى تغير شكلها لان الغالب حينئذ ان يتساوى الجانبان حتى لا يظهر فى المشى عرج وان العظام فى تكونها تكتسب اقوى ما يمكنها فى الصلابة فلذلك تظهر فى الغالب اكثف واصلب فى جانب التحدب بل قد تنسد احيانا اقنيتها النخاعية فتكتسب العظام زيادة قوة وسموكة وكثيرا ما يتسع عرضها فى محل التحدب وتتفرطح فى الجهة الاخرى وذلك يصيرها اقبل لتحمل ثقل الجسم لكن لا تخفى عليك الاحوال التى يكون فيها التواء الى الجانب بحيث لا يمكن المشى الا بالعكاكيز وكذلك ما يحدث من ضيق الحوض بالنسبة للنساء واعظم من ذلك ان نتائج

هذا الداء قد تكون محزنة حتى بعد وقوفه وخصوصا اذا كانت السلسلة زائدة النشوه فالصدر حينئذ يكون ضيقا بحيث تكون اعضاء الدورة والتنفس فى تعب اعتيادى ويخشى من ذلك على حياة الشخص من ادنى مرض حاد ولذلك قال دوجيس قد لاحظت من مدة طويلة ان معظم الاطفال الذين كانوا اصيبوا بهذا الداء اذا وضعوا مع الاطفال المرضى لم يلبثوا قليلا حتى يموتوا والغالب موتهم بالتهاب رئوى ولا يخفى على احد ما يحصل للمشوهين بذلك من ضيق النفس من ادنى رياضة او عمل يعملونه وكذا صراخهم وقصر كلامهم وسعالهم القصير اليابس ولذلك تندر معيشتهم لسن الهرم المتقدم ثم ما عدا الآفات الصدرية التى تهلكهم غالبا يكونون مهيئين للسكتة وقد تحصل ايضا من تكونهم المعيب نتائج اقل ثقلا وخطرا مما سبق كالتى تحصل احيانا من انضغاط الكبد او الرئتين وربما حصلت لهم آفات اخر اكثر خطرا واسوء حزنا على حسب شدتها كالخدر والآلام والقولنجات التشنجية وبعض شلل يكون فى الغالب وقتيا فى الاطراف السفلى او فى جميع اجزاء الجانب المحاذى لتقعير التقوس وذلك كله نتيجة انضغاط الاعصاب وقد تزيد احيانا حتى تشبه نوب الخناق الصدرى بسبب الكرب الشديد والالم اللذين يصحبان عود هذه الظاهرات ورجوعها بشدة جديدة مع ان الغالب ان اعضاء الهضم تبقى مع غاية السلامة فى وسط الاحشاء المكابدة للتعب وان اعضاء التناسل خصوصا فى الذكور يظهر انها تمتع بقوة فاعلية اعظم مما فى كثير من السليمين الجيدى التكون

العلاج * هذا الداء من الامراض التى يمكن الاستشعار بها قبل حصولها فانه قد يكون وراثيا او اقله ان يكون فى جميع الاخوة والاخوات من عائلة واحدة فمن النافع الاجتهاد فى التحرس منه وذلك هو ما يلزم فعله فى الزمن الاول من الحياة فيعطى الطفل لمرضعة قوية البنية والدة من مدة اشهر مسمرة البدن دموية ويتيقظ عليه حسب الامكان فاذا انحط الحال على ان الام هى التى ترضعه لزم اقله قطع الارضاع من ادنى ظن للحمل ويبادر له باعطاء بعض اغذية

مستخرجة من الحيوانات كالشوربات الشحمية ويداوم على ذلك الغذاء والارضاع معا حتى يبلغ من خمسة عشر شهرا الى ثمانية عشر امافوق ذلك فان اللبن يصير مضرا له قليل التغذية ولكن كما تؤخذ تغذيته الاصلية حينئذ من الحيوانات يعطى لمشروبه الاعتيادى الماء النبيذى ولا تهمل ايضا الرياضة به فى الهواء الخالص وفى الشمس ويختار لمسكنى الارياف ثم ممارسة الاعمال الرياضية ويجتنب ايضا الافراط فى ثخن الملابس وليكن سريرنومه يابسا ومدة النوم متوسطة وان لا يواظب على الدراسة مواظبة متعبة للعقل ومخدرة للقوى الطبيعية ولا يؤمر له بالمقويات المصاحبة للوسائط الصحية الا فى حالة النقاهة من الامراض الحادة او الضعيفة الحدة كالسعال الكلبى والحصبة ونحو ذلك فاذا كان الداء فى ابتدائه او قليل العتاقة جاز وقوفه كما قلنا بل قد تعدل نتائجه بنمو الجسم فيما بعد فيلزم حينئذ المبادرة باستعمال علاج شفائى فيبتدأ فى غير زمن الحمى والآلام باستعمال المقويات والسكون والراحة والمروخات الدهنية المسكنة كالزيت الكافورى والبلسم الهادئ (المسمى ايضا بالدهن المخدر اعنى انتقاع النباتات المخدرة فى زيت الزيتون) وبعض ضمادات من دقيق بزر الكتان المرشوش عليه شئ من مسحوق الكينا ويوضع ذلك على اعظم الاعضاء تألما مع الحمية اللطيفة وبعض مشروبات حمضية لكن اذا مضى هذا الدور القصير جاز استعمال التدبير المقوى بكل قوته كالرياضة الكثيرة والشمس اللطيف واستنشاق الهواء الجاف الخالص والمشاغلة والتلاهى والانبساط والنوم على طراحات الورق الجاف جدا من بعض النباتات كالسرخس والبلوط والتغذية الحيوانية كالكباب واللحوم المشوية ولحوم الصيد والنبيذ الخالص لكن بلطف وكذلك الفواكه والبقول فذلك هو ما يلزم فى التدبير الغذائى للجسم والعقل

واما وسائط التداوى فمن اقواها ما يؤثر على الجلد كالتمريخ الجاف وسيما بالفلانيل المغمور فى دخان حب الشهدانج او فى بخور من البخورات او المغموس فى بلسم فيورفنتى وهو الكؤول المركب التربنتينى او فى ماء القلونيا او العرقى

ويكرر ذلك الدلك مرتين فى اليوم وتستعمل الاستحمامات العطرية مرتين اوثلاثا فى كل اسبوع وتعمل من منقوع النباتات الشفوية كالمريمية والروزماران المسمى بحصى اللبان والخزاما ونحو ذلك والاستحمامات من مطبوخ ورق الجوز اوقشر البلوط متبوعا ذلك بالدلك الجاف والاستحمامات من المياه المعدنية الحديدية اوالملحية واحسنها الاستحمامات البحرية فهذه وسائط تنتج نتائج جيدة بدون تعب لاعضاء الهضم وعند عدمها اوعدم كفايتها يستعمل الماء الحديدى على الطعام مع النبيذ ونبيذ الكينا والجنطيانا بكمية يسيرة كنصف اوقية الى اوقية فى اليوم اومن شراب هذه الجواهر فهو احسن من الشراب المضاد للاسكوربوط والشراب المركب لبرطال المنظر هما فى كتب الاقربادين واما اليود فلا يناسب الا فى حالة مضاعفة الداء بالخنازير واما علاج نتائج الداء فيما بعد كعلاج التشوهات التى تحصل منه فهو شئ غريب عن الداء الاصلى وله شروط وقواعد مخصوصة تذكر فى الاورتوبيديا التى نشرحها ان شاء الله تعالى فى تكملة مخصوصة

الباب الثانى عشر
فى امراض اعضاء التناسل

لا حاجة لاطالة الكلام فى امراض اعضاء التناسل فى الاطفال لان امراض اعضاء التناسل فى الذكور ذكرت فى امراض الطرق البولية واما امراض البنات الصغار فلا يحصل منها اعراض مرضية الا زمن البلوغ عند ظهور الحيض وكمال اعضاء التناسل وتلك الامراض مشروحة مع غاية الايضاح فى كتابنا بهجة الرؤسا فى امراض النساء وانما نذكر هنا بعض امراض خلقية فى تلك الاعضاء ونجعل ذلك فى فصول اربعة

الفصل الاول
فى امراض خلقية فى الخصيتين والصفن

الخصيتان تكونان فى محاذاة القناة الاربية ولا يخرجان منها كلا اوبعضا الا فى زمن الولادة فاذا طال مكثهما فى تلك القناة حصل من ذلك احيانا عوارض

التهابية نظير ما يحصل من الالتهاب البريتونى وتقاوم بوضع ضمادات مرخية وحمامات بسيطة او مصنوعة من مطبوخ الخطمية وكلما اخذت هذه الاعضاء فى النزول احاطت بها الطبقة الغمدية مدفوعة امامها وربما اشتبهت الخصية الواقفة فى الحلقة بالقيلة المائية فى الحبيل التى تقوم من اكياس صغيرة كرية فيها بعض لين وتكون موضوعة فى سمك الحبيل المنوى فى محل اقل انخفاضا من محل القيلة المائية التى فى الغشاء الغمدى للخصية واحيانا يكون مجلسها فى الحلقة فالكيس البريتونى النازل مع الخصية المتكون منه غشاؤها الغمدى اذا لم ينسد من الاعلى يتراكم فيه مقدار من المصل فيحصل من ذلك ما يسمى بالقيلة المائية الخلقية وقد يمتد الكيس الى الاسفل فيضغط على الغشاء الغمدى ويصير موضوعا امام الخصية فيشتبه بالقيلة الغمدية ثم نقول بالاختصار اذا كانت قيلة الحبيل ناشئة من تراكم المصل فى كيس قديم فتقى غير مسدود العنق وجدت فيه اعراض القيلة الخلقية فيرجع مصله الى البطن بالضغط فيزول الورم وتعرف القيلة المائية الخلقية بالشكل المستدير المنتظم وبالتموج والشفافية ورجوع السائل فى البطن ولا تشتبه بالادرة اللحمية النادرة فى الخصية الواقفة فى الحلقة او تحتها بقليل لان ورم الادرة الاعتيادية يكون اسفل محل القيلة المائية الحبيلية وايضا صفات الادرة معلومة لا يوجد منها شئ هنا ولا تشتبه ايضا بالفتق لانه لا يسمع فيها لغط اذا دفع مصلها الى البطن ويوجد فيها دائما التموج كما قلنا بخلاف الفتق فيسمع فيه اللغط عند ذلك اذا كان معويا ولا يوجد فيه تموج اذا كان ثربيا وهناك حالة يعسر فيها التشخيص وهى اجتماع القيلة والفتق الخلقى معا فتوجد حينئذ علامات كل منهما فيكون بعض الورم شفافا وبعضه معتما ويكون قابلا للرجوع فى البطن ويسمع من رجوعه لغط اذا كان المعا موجودا فى وسط المصل ويصح ان يحس فيه بالتموج وربما اشتبهت قيلة الحبيل بالقيلة الدوالية غير ان هذه تزول بالضغط وبالوضع الافقى وورمها معتم بخلاف ورم قيلة الحبيل فان ذلك لا يجتمع فيها وسيما كونها شفافة وربما اشتبهت القيلة بنوع آخر مائى فى الصفن مكون

من رشح مصل فى منسوجه الخلوى وهو يشاهد كثيرا فى اوذيما المنسوج الخلوى اى تيبس المولودين وانذار القيلة الخلقية كثير الثقل لما ان حالة الغشاء الغمدى تعرض للفتق والوسائط المهيجة التى هى ضعيفة الفاعلية فى غير تلك الحالة تعرض فيها لالتهاب البريتون بسبب اتصاله بذلك الغشاء فيحصل من استعمال تلك الوسائط عوارض مهلكة فيكون علاجها مقصورا على ان يدفع السائل فى البطن ويحفظ الحالل هكذا بوسادة حزام كما يفعل فى الفتق فذلك هو الناجح فيه لكن قد لا ينجح ذلك ولذا امر حينئذ دسول باستعمال الحقن المهيج مع الاحتراس على الضغط على عنق الغشاء الغمدى خوفا من دخول سائل الحقن فى تجويف البطن لكن قال المحققون ممن لقيناهم لا ينبغى الاقدام على هذه العملية المهلكة ولا سيما فى هؤلاء الصغار لان العادة ان يبقى بعد الحقن بعض نقط من النبيذ اوغيره فى تجويف الورم فيخشى من ذلك سيلانه الى الباطن وزيادة تهييجه للغشاء وايضا لا يمكن ان يحدد بالضبط التهاب الورم ويمنع سعيه للبريتون

وليس بنادر ان يشاهد فى الاطفال قيلة الغشاء الغمدى والغالب انها تزول كما فى الكبار من تأثير المحللات ومع ذلك قد تستعصى عليها فيلزم ان تعالج كما فى الكبار البالغين فيكون الحقن المهيج احسن لها نعم يلزم لاستعماله فيهم غاية الاحتراس كما فعل بلندن فى طفل عمره ثلاث سنين وفى آخر عمره ثمان سنين

واما ترشح منسوج الصفن فيشفى بالوضعيات المحللة كالكؤول المجرد اوالمكفور والاتير والماء النباتى الحيوانى ومحلول مريات النوشادر واما التشريط فلا يخلو من الاخطار كالغنغرينا ونحوها

قال بليار ومنسوج الخصيتين يكون فى المولودين ورديا كالحا وقوامه فيه متانة ويسهل تمييز تركيبه الخيطى واتفق احيانا انى وجدت فيه كدما ووجدته اصفر فى المصابين باليرقان انتهى

الفصل الثانى

فى امراض فى الرحم والبظر والشفرين

الرحم

الرحم فى البنات الصغار يكون صغير الحجم وتجويفه المركزى قليل الاتساع ومع ذلك ليست جدرانه متلامسة بل هى منداة بسائل مبيض مخاطى واتفق مرتين انى وجدت فى تجويفه بعد الولادة ببعض ايام دما منصبا صار خلطا متجدا والمهبل يكون غالبا زائد النمو فيكون تجويفه واسعا مستطيلا مغشى بغشاء مخاطى كثير الافراز فى هؤلاء الاطفال الصغار لانه يوجد دائما فى قناتهم مقدار عظيم من مصل شديد البياض وشديد الالتصاق بالجدران ويتجمع الى قطع ويصح اعتبار ذلك الافراز نتيجة مرضية فى المهبل كبلينوراجيا وصلت للطفل من الام وقد يحصل للاطفال نزيف فرجى وعبارة اولفيير لاينذر ان يشاهد بعد الولادة ببعض ايام او بعض اسابيع دم احمر سائل يسيل على الدوام من الفرج فى الاطفال الرضع فلقد شاهدت فى جملة اطفال هذا السيلان شبيها بما يحصل فى مدة الحيض للبالغين وربما دام احيانا اسبوعا او اسبوعين بل اكثر بدون ان يحصل للطفلة ما يعد مرضا وينقطع بنفسه ولا يستدعى احتراسا زيادة عن الاحتراسات اللازمة لحفظ نظافة الاطفال ولا يصحبه احمرار ولا انتفاخ ولا علامة اخرى لتهيج الاجزاء الظاهرة من اعضاء التناسل ولا يحصل للطفل تعسر فى التبول ولا تغير فى المادة الثفلية بالزيادة او النقص عن الحالة الاعتيادية ولا انخرام فى صحة الطفل وقد اشتهرت امثلة كثيرة من ذلك وكتبت فى الوقائع الطبية والاطفال فيها كانوا فى صحة جيدة وصحبها فى بعض الاحوال انتفاخ عظيم فى الثديين وزالت هاتان الظاهرتان بدون ان يحصل من زوالهما عارض مخصوص وكانت الاجزاء التناسلية الظاهرة فى تلك الحالة زائدة النمو والبظر والشفران الصغيران منتفخة جدا وفى بعض الاحوال لا يوجد هذا النمو الزائد فى الاجزاء التناسلية الظاهرة فيظهر ان هذه الهيئة ليست شرطا لازما لظهور هذا النزيف المذكور وشاهد كريرمثل هذه الظاهرة فى بنت صغيرة جيدة الصحة ولدت بعد تمام اشهرها فاعتراها فى اليوم الرابع نزيف خفيف من الفرج حصل قطرة قطرة وفى اليوم الثالث من ابتدا النزيف اخذ فى النقص حتى صار مائيا وفى اليوم الرابع منه سال بعض نقط من

دم خالص ثم انقطع السيلان بالكلية وبعد ذلك بخمسة ايام انتفخت الاثداء بدون التهاب ومع ذلك لم تزل الطفلة فى صحة جيدة فهذا الانتفاخ فى الثديين امر عظيم الاهتمام ينبغى التنبيه عليه لانه دليل على الارتباط السمباوى الموجود من الاصل بين اعضاء يلزم ان لا تظهر وظائفها الا بعد زمن ما ومع ذلك هذه الامثلة مخالفة بالكلية للاحوال الغير الاعتيادية التى يبكر فيها نمو مجموع الجهاز التناسلى كالمثال الذى ذكره برچوات وهو طفلة انثى ولدت من عائلة فقيرة فكان ثدياها جيدى التكوين وشعر عانتها نابتا كبنت اربع عشرة سنة ولما كمل لها ثلاث سنين نزل عليها الحيض ودام تجديده بانتظام فى كل شهر وبكثرة فى كل مرة ككثرته فى امرأة كبيرة وكانت مدة كل حيضة اربعة ايام انتهى باختصار وتصريف

والبظر قد يعظم جدا بل ربما ظن لعظمه كونه قضيبا ويشتبه حال الطفل عند الولادة فى كونه ذكرا او انثى والشفران الكبيران قد يعظمان جدا وقد يترشحان بالمصل وينتفخان ويلتهبان بادنى سهولة وتلك الآفات كلها مشروحة فى كتابنا فى امراض النساء

الفصل الثالث

فى امراض فى الفرج

نخص منها غنغرينا الفرج فى الاطفال وقد سبق فى غنغرينا الفم ان الالتهاب الغنغرينى قد يظهر فى الاعضاء التناسلية الظاهرة والعميقة مع قرب صفات الفساد الذى فيها للفساد الذى يشاهد فى جدران التجويف الفمى ومشابهة هذه الاعضاء فى التركيب والتأليف توضح مشابهتها فى الامراض التى تصيبها قال اولفيير قد شاهدت غنغرينا الفرج فى احوال شبيهة بالاحوال التى يتوافق وجودها مع غنغرينا الفم او التى تسبق ظهورها او تعين عليه كبعض الامراض الحادية كالجدرى والحصبة مثلا وهذه الغنغرينا فى الاطفال الصغار نادرة فقد اتفق ان طفلة عمرها نحو عشرين شهرا كانت سليمة البنية قوية جيدة الصحة غير انها صارت زمنا فزمنا تذهب بيديها بين فخذيها كأنها

تحس بشئ متعب لها فى فوهة المهبل مع كونها لم تزل مشروحة الصدر حافظة
لشهيتها فاتفق ان اخاها الصغير اصيب بالحصبة وسار هذا الداء فيه سيره
الاعتيادى بدون ان يحصل معه تضاعف مغم قال اولفيير فلما رأيت ما بالطفلة
من الهبوط والذبول التزمت ان ابحث فيها فرأيت على الوجه الانسى للشفر
الكبير الايمن قرحة مستديرة سطحية حجمها كعدسة وعمقها اسنجابى اللون
ومحاطة بدائرة حمراء خفيفة الاحمرار وفى اليوم التالى ظهرت فيها الحصبة
واكتسبت القرحة فى مدة يومين زيادة سريعة مع انها كانت قبل ذلك فى منظر
قلاع متقرح ثم ظهرت قروح اخر مثل ذلك على الوجه الباطن للشفر الكبير
الايسر وفى محيط الفرج كذلك وكانت حوافيها معوجة مقطوعة بانحراف
وعمقها اسنجابى ايضا ولم يوجد لها رائحة ولا سيلان نتن وبذلك كان
لهذا الالتهاب التقرحى مشابهة عظيمة للتقرحات الزهرية الاولية غير ان
الوضعيات المرخية من جميع الانواع لم تمنع سرعة سير هذا الالتهاب والذى
ازال الشك فى وجود هذه الغنغرينا هو صيرورة الاسطحة المريضة جافة
وغور تجاويف التقاعير فى ليلة واحدة حتى احتوت على جميع سمك الشفر الكبير
الذى مرض اولا وظهرت فيها الرائحة الغنغرينية ثم فى مدة اربع وعشرين
ساعة تحول الفرج كله الى خشكريشة مسودة محاطة بدائرة حمراء مزرقة
وباوذيما حادة صيرت الجلد لامعا جافا وزالت الحصبة فى مدة يومين وفى ابتداء
هذا الالتهاب الغنغرينى ظهرت ظاهرات مخية مصحوبة بحمى شديدة ودل
على تقدم هذا الفساد تقدما موجعا اضطراب من الطفلة على الدوام وصياحها
وحركاتها التشنجية مع انه لم يكن معها تغير فى تخاطيط الوجه وكان بطنها
مسترخيا لينا ولا تتألم بالضغط عليه وكان فى برازها المتحرض من اعطائها
حقنة بعض سيولة فعولجت من ابتداء الداء الى نهايته بالمشروبات المحمضة
والحقن بكبريتات الكنين والاستحمامات التلمة والغسلات والزروقات الكثيرة
من محلولات كلورور الكلس والصودو بالوسائد التفتيكية المبتلة من هذا المحلول
ومع ذلك لم يحصل من ذلك كله منفعة وماتت بعد ان كابدت آلاما شديدة

فى اليوم الثانى عشر والسير المخادع لهذا الداء فى الايام الاول من ظهوره هو الذى الزم تأخير استعمال الوضعيات المهيجة لانه كان يلزم فى مثل تلك الاحوال كى هذه القروح واستدامة تلك المعالجة الموضعية لايقاف سعى الغنغرينا باسرع ما يكون والظاهرات العامة هنا كانت مختلفة عن الظاهرات التى تصاحب غنغرينا الفم فانه لم يكن هنا ضعف زائد فى النبض ولا ذهاب لون الجلد ولا فواق ولا انتفاخ فى البطن ولا اسهال وانما كانت الطفلة حافظة الى نهاية الداء اللون الوردى للجلد وقوة النبض وكثرته واسترخاء البطن وبقى لجهامتين القوام سمينا وذلك الاختلاف ناشئ كما هو قريب للعقل من اختلاف مجلس الداء فان فى غنغرينا الفم نجد جميع نتائج الفساد الموضعى مرتبطة بفوهة الطرق التنفسية وربما كان التشرب الرئوى للتصعدات العفنة من الجزء المتغنغر سببا لمعظم الاعراض الضعفية المصاحبة لهذا الداء لانه يشاهد اذ ذاك جميع الظاهرات التى تنتج من زرق المواد العفنة فى الاوردة واما فى غنغرينا الفرج فلا يشاهد مثل ذلك بل يوجد انفعال حمى مستدام وصياح واضطراب ويزيد ذلك كلما تقدم الداء لان بورة الفساد هنا توجد منعزلة وليست قريبة لفوهة الاعضاء التنفسية والهواء المستنشق ليس متحملا لاصول فاسدة عند دخوله فى الرئتين بل يصح تأكيد تلك المشابهة التى بين هذين الداءين باختلاف الحالة العامة للطفل فى الحالتين وعلى اى حال مهما كان الرأى الذى اختير يظهر ان من العقل ان تنسب سرعة الموت فى كلا الحالتين للمجلس الخاص المشغول بالداء الموضعى الذى ينسب مباشرة لفساد الدم فى الدورة بواسطة التنفس انتهى

الفصل الرابع

فى بعض امراض فى الثديين

الثديان فى المولودين كثيرا ما يكونان مجلسا لانتفاخ مسبب عن تراكم سائل لبنى بحيث يمكن خروجه دفعات بالضغط وذلك التهيج الذى يعسر توضيح سببه قد ينشأ عنه فى بعض الاحوال التهاب يتبعه تكون خراج وهذا السائل منفرز

يقينا

يقينا من الغدد الثديية التى كثيرا ماتكون فى المولودين اعظم نموا من الغدد اللعابية اونقول ان هذا الاحتقان بر هى سريع الزوال وبالجملة امراض اعضاء تناسل المرأة ذكرناها فى كتاب امراض النساء وامراض اعضاء تناسل الذكور فى الاطفال لا تختلف عن ما فى الكبار البالغين

الباب الثالث عشر
فى امراض المجموع اللينفاوى

امراض هذا المجموع فى الاطفال الذين لم يبلغوا سنة ليست باكثر مما فى الاطفال المتقدمين عن ذلك فى السن فهم مشتركون فى الاصابة بامراض هذا المجموع كغيرهم وينبغى ان تعلم ان العقد اللينفاوية الماساريقية التى قد تصير بسرعة مجلسا لالتهاب مزمن بل ولفساد درنى فى الاطفال الذين جاوزوا سنة واصيبوا بالتهاب مزمن فى الامعاء لا تكاد غالبا هذا الالتهاب فى الاطفال الصغار جدا وانما التغير الذى يشاهد فيها معهم هو الانتفاخ الخفيف فاذا شقت العقدة وجد فيها صلابة قليلة وحمرة وردية واحيانا ناشئة احمرار فاذا تقدمت الاطفال فى السن حصل فى تغذية تلك الاعضاء وتركيبها تنوع به تكون مهيئة للالتهابات المزمنة التى تصير هى مجلسا لها فى الداء المسمى بالاحتقان الماساريقى فيكون هذا الداء من الامراض التى تصيب الاطفال الكبار اى لا المولودين قريبا ولا الرضع ومع ذلك قد لا يسلمون منه ولكن اصابتهم به نادرة ونقول ايضا ان العقد اللينفاوية التى فى العنق والمحيطة بالتقاسيم الشعبية واصول الرئتين هى التى تلتهب غالبا فى الاطفال الصغار وتحتقن اكثر من العقد الماساريقية وان هذه العقد الماساريقية تكون قليلة النمو فى المولودين ثم تأخذ فى زيادة النمو حتى يعظم حجمها فى مدة السنة الاولى وتصير اكثر قبولا للامراض والآفات كلما زاد حجمها وامراض هذا المجموع كثيرة لا نذكر منها هنا الا ما هو مخصوص فى الغالب بسن الطفولية وهو الدرن الماساريقى اى احتقان العقد الماساريقية والخنازير وليكن ذلك فى فصلين

الفصل الاول

فى الدرن الماساريقى اى احتقان العقد المساريقية

يسمى هذا الداء ايضا بالاستحالة الماساريقية ويسمى بالافرنجية كارو بفتح الكاف وضم الراء ممدودة وربما سمى بالمعوى الماساريقى وبغير ذلك من اسماء كثيرة مذكورة فى المؤلفات ويعنون بتلك الاسماء مايشمل انتفاخا وتيبسا فى البطن ونحولا فى الاطراف مع ان ذلك يوجد فى مرضين مختلفين بالذات الاول التهاب معوى مع احتقان التهابى فى العقد الماساريقية والثانى حالة درنية فى هذه العقد لاغير والحالة الاولى منهما ذكرناها فى الالتهاب المعوى واما الحالة الثانية فهى التى تذكرهنا واكثر من يصاب بذلك من هو فى سن الطفولية وان اصيب به غير الاطفال خلافا لبعضهم حيث ظن اختصاصه بالاطفال وقد شوهد ايضا فى الاجنة كما شوهد ايضا فى البالغين بل وفى الشيوخ بل ليس هذا الداء فى نفسه زائد الكثرة فى الاطفال خلافا لما يظن عموما ونسبته فى الاطفال الاناث تقريبا حسبما شاهده جرسان فى مارستان الاطفال كنسبة سبعة اوثمانية لماية وفى الاطفال الذكور كنسبة خمسة اوستة لماية بل تلك النسبة فى الاعمال الاهلية اقل من ذلك لان الاطفال الاهلية تكون اقل تعرضا لاسباب الدرن كالبرد الرطب والتغذية الرديئة والوساخة ونحو ذلك من القاطنين بالمارستانات

الاسباب * الاسباب المعينة فى الغالب على تولد الدرن الماساريقى تنقسم الى رتبتين احداهما اسباب عامة تشترك فيها جميع الآفات الدرنية وثانيتهما اسباب خاصة منسوبة على الخصوص للدرن الماساريقى فمن اقوى اسباب الرتبة الاولى الطفولية والانوثة والمزاج اللينفاوى القوى والبرد الرطب والتغذية الغير الكافية واستعمال الاغذية الرديئة الطبيعة اوالنباتية لاغير وسيما الدقيقية والارضاع الصناعى على قول بعض المؤلفين اوالارضاع من مرضعة خنازيرية المزاج وبالاكثر الزهرية المزاج كما ثبت ذلك بالمشاهدات وكذا جميع مايهيج الغشاء المخاطى المعدى المعوى تهييجا بطيئا مزمنا مستداما اومتكررا

كالنجات المتكررة الحاصلة من الاغذية العسرة الهضم اوالكثيرة الكمية والمقيئات والمسهلات ونحو ذلك من الادوية المهيجة التى يعطيها كثير من الامهات والمراضع للاطفال كثيرا فانها مهلكة لهم يقينا وقد شوهد احيانا ظهور هذا الداء من تأثير اسباب احدى هاتين الرتبتين دون الاخرى فيكفى لذلك ان يرتضع الطفل من امرأة فقيرة الحال بحيث يكون لبنها مصليا وقليل التغذية وتكون مع ذلك ساكنة بمحل رطب ومعرضة لتأثير البرد الرطب فان ذلك كله قد يسبب للطفل آفة درنية فى الماساريقا كما قد يسبب ايضا درنا عاما لجميع الجسم لان اغلب الاطفال الموضوعين فى تلك الاحوال يموتون بالسل فيوجد فى رئتهم وفى الماساريقا دوجات الدرن ومثل ذلك يحصل فى الطفل المكثر من استعمال الجواهر الدوائية وان كان موضوعا فى احوال غير معينة على ظهور الداء ففى هذه الحالة تلتهب العقد الماساريقية قبل ان تصير درنية ويبقى الداء فى الغالب موضعيا بخلافه فى الحالة الاولى فاذا كان التهيج المستدام المتكرر فى الطرق الهضمية يؤدى مع طول الزمن لتدرن العقد الماساريقية فاحرى ان ينتج مثل ذلك من الالتهاب المزمن لهذه الاعضاء نعم الالتهاب المعوى وان كان يحرض الاحتقان الالتهابى البسيط للعقد الا ان ذلك الاحتقان لا يستحيل الى الدرن الا فى بعض احوال ازيل من الاطفال فيها مراعاة القوانين الصحية

الاعراض * الاعراض التى ذكرها المؤلفون هنا ليست خاصة بهذا الداء وانما هى قائمة من اعراضه واعراض الالتهاب المعوى المزمن ومع ذلك نسبوا لهذا الداء بالاكثر الانتفاخ والحساسية فى البطن والقىء الزلالى والاسهال لمادة سنجابية تشبه التراب المطفل واحيانا يتبادل الاسهال مع الامساك ويصحب ذلك فقد شهية واحيانا شره للمأكل وهبوط بعد الاكل ويحصل ايضا زمنا فزمنا وسيما فى المساء بعض تواتر فى النبض وجفاف فى الجلد ونحول فى الوجه والاطراف لكن من الواضح ان معظم هذه الاعراض يظهر غالبا مع الالتهاب المزمن فى الغشاء المخاطى المعوى واما الصفات الاخر التى ذكروا

انها مخصوصة بهذا الداء كالمنظر اللبنى للبول والرائحة الحمضية للتبخير الجلدى وانتقاع الوجه واللون المسمر الرصاصى للاجفان فمن المعلوم ان ذلك ينسب بالاكثر للآفات الديدانية ويشاهد ايضا فى امراض كثيرة مزمنة توجد فى سن الطفولية فاذن يقال ما العلامات التى يعرف بها هذا الداء نقول اذا كان اسم الداء موضوعا للدرن الماساريقى لم يمكن كما قال جرسان ان يؤكد وجوده الا باللمس واذا كان الدرن عظيم الجسم بحيث يمكن تمييزه والاحساس به من خلف الجدران البطنية كانت الصناعة غير قادرة على شفائه فاذن يكون من المهم الاجتهاد بابحاث جديدة فى ايضاح تشخيص هذا الداء اذا امكن غير ان الوصول لذلك عسر لان الدرن الماساريقى لا يوجد منعزلا ولم يشاهده الطبيب الماهر جرسان حكيم مارستان الاطفال الا ومعه درن ايضا فى اعضاء اخر ولا سيما الرئتان ولذلك حكمنا بعسر التشخيص حتى ولو فى ابتداء تكون ذلك الدرن وبالجملة فمن المهم الامعان فى البحث لاجل الوقوف على حقيقة الحال حذرا من ان يؤسس على امر غير واضح استعمال علاج شاق غير نافع لهؤلاء الاطفال الصغار الذين لا يتحملون مشاق العلاج فيلزم للوقوف على ذلك ضبط اعراض الاحتقان الالتهابى فى العقد الماساريقية وحصر عدد الاصول التشخيصية بل الاجتهاد حال غيبتها فى اظهار ادلة وجود هذا الداء اذا شوهدت علامات عامة للداءين معا ويمكن بواسطة علامات سلبية ان يوقف من اول الامر على جزء عظيم من التشخيص ومع ذلك قد يعرف تكون الدرن ايضا ببعض علامات عامة وبمصاحبته اوعدم مصاحبته لآفة اخرى درنية وبالبحث فى السبب الذى نشأ الداء منه

فانتفاخ البطن ونحول الاطراف السفلى وانخرام الوظائف الهضمية هى العلامات العامة للالتهاب المعوى المصاحب لاحتقان العقد الماساريقية وللآفة الدرنية فى هذه العقد فاذا اقتصر على ذلك فى البحث لم يستفد منه تمييز هذين الداءين عن بعضهما واذا تعمق فى البحث اكثر من ذلك جاز احيانا الوصول للتشخيص فاذا كانت هذه العلامات مثلا مصاحبة للعطش والحرارة

والجفاف

والجفاف فى الجلد والالم الاصم فى محل من البطن والاسهال الزلالى او المخضر والنحول فى الوجه مع انجذاب تخاطيطه الى الخلف والتواتر فى النبض وكان يحصل فى تلك العوارض ازدياد بعد الاكل وخصوصا بعد هضم الاغذية المنبهة فان الداء يكون حينئذ قائما من التهاب فى الغشاء المخاطى المعوى بخلاف ما اذا لم يشاهد شئ من تلك الاعراض الاخيرة وكان مزاج المريض خنازيريا اوسليا وكان جلده مكرشا رطبا واسهاله من مادة رديئة الهضم ولم يتأثر الداء نفسه تأثرا محسوسا من الاكل ولا من طبيعة الاغذية كما يحصل ذلك كثيرا وكانت الامراق الدسمة واللحوم اسهل هضما من الاغذية اللبنية والدقيقية فان الغالب على الظن حينئذ اصابة المريض بدرن العقد الماساريقية لكن فى الحقيقة ليس ذلك كله صفات قاطعة لتشخيص هذين الداءين وتمييزهما عن بعضهما الا ان الصفات المخصوصة بكل منهما حسبما ذكرنا قد توجد مجتمعة كلها فيعسر حينئذ التشخيص ولا يساعدنا على تحصيله الا التأمل فى الاسباب فاذا كان الداء حاصلا من تأثير فطامة رديئة الفعل او من افراط فى استعمال الادوية المهيجة او الاغذية المنبهة قرب للعقل ان ذلك التهاب معوى اما اذا نشأ من تأثير الارضاع من مرضعة رديئة اللبن او مصابة بالسل او من تأثير تغذية دقيقية او من السكنى فى اماكن رطبة خالية من الشمس فان الغالب على الظن وجود آفة درنية فى الماساريقا فاذا لم يكف ذلك كله لازالة الشك كان العلاج هو المحك للتشخيص فيلزم الابتداء باستعمال مضادات الالتهاب وما يناسب الالتهاب المعوى فاذا حصل من ذلك تخفيف واضح تدريجى وذلك يحصل دائما اذا كان الداء غير زائد العتاقة لم يشك فى ان الحاصل التهاب معوى فاذا ثقلت العوارض بذلك كان القريب للعقل هو تدرن العقد الماساريقية بل يكفى ان لا يحصل من مضادات الالتهاب تخفيف او ان يحصل عقب التخفيف البرهى ازدياد عظيم فى الاعراض فتعلم من ذلك طبيعة الداء نعم جميع ما ذكرناه لا يزيل جميع الشكوك غير انه يقرب للحقيقة وبه يتميز الداء الذى نحن بصدده عن الاحتقان الالتهابى فى العقد الماساريقية ولنزد على ذلك انه بمقتضى

زيادة كثرة هذا الداء الاخير بالنسبة للدرن العقدى اذا دعى الطبيب لرؤية طفل بطنه كبيرا الجحم صلب واطرافه نحيلة جدا ووظائف هضمه رديئة السير كان الغالب الحكم عليه بانه مصاب بالالتهاب المعوى وندر ان يتخلف عن ذلك واحد من المائة

فاذا وصل الداء لاعلى درجة كانت معرفته سهلة جدا فانه يحس حينئذ مع التمييز جيدا بالدرن من وراء الجدران الرقيقة للبطن فتوجد صلبة عديمة الالم فى الغالب وتكون غالبا متراكمة بعدد كثير بحيث يتكون منها جملة كتل اوكتلة وحيدة تملأ تجويف البطن ففى ذلك الوقت تكون الاعراض اعظم ثقلا ولا تنهضم الاغذية انهضاما تاما بل يوجد فيها نصف هضم كما يعرف ذلك بالتامل فى المواد الثفلية ويكون النبض متواترا والجلد متكرشا متقلسا ترابيا والعطش محرقا لا يطفى والضول زائدا وكثيرا ما يحصل انسكاب فى تجويف البريتون ويصير المريض فى حالة ذبول شديد ولم يمكث قليلا حتى يموت

الانذار * انذار هذا الداء كبقية الآفات الدرنية فى الاعضاء المهمة يكون فى الغالب محزنا لكن اهلاكه بنفسه للمريض اقل من نسبة اهلاكه لمضاعفته الاعتيادية بالسل فقد ثبت بالمشاهدة ان الدرن الماساريقى قد يمكث زمنا طويلا بدون ان ينتج منه نفسه نتيجة مغمة فمن المشهور بنت عمرها خمس سنين ماتت بعد سقوطها فى نار بخمس ساعات فوجد معها اثنتا عشرة عقدة من العقد الماساريقية ابتدأ فيها اللين مع ان هذه البنت كانت فى حياتها ممتعة بصحة جيدة عندما اصيبت بهذا العارض الذى تسبب عنه موتها واذا نظرنا فى الامور الواقعية التى تثبت وجود الدرن فى الماساريقا بدون ان يصحبها اعراض نرى ان ما امكن شفاؤه منها قليل العدد ولذا كان الرأى العام هو ان هذا الداء يكاد ان يكون عضالا اى غير قابل للشفاء

الصفات التشريحية * يوجد فى فتح الجثة جملة من العقد الماساريقية كبيرة الجحم درنية كلا او بعضا ولونها احمر وتختلف شدة احمرارها فى الحالة الخالية من تلك

الاستحالة

الاستحالة ثم تارة تكون حافظة لقوامها وتارة تكون لينة ويوجد غالبا مع ذلك تقرحات فى اجزاء المعا الدقيق المحاذية للدرنات وكثيرا ما يشاهد حولها وفى مركزها وتحتها وبين البريتون والغشاء العضلى من المعا تحببات درنية وهذه النتائج التشريحية المرضية تؤكد لنا الرأى الذى يعتبر التدرن فى العقد الماساريقية نتيجة لازمة لالتهاب الغشاء المخاطى المعدى المعوى

العلاج * من المعلوم ان الدرن الماساريقى سواء حصل عقب التهاب ام لا يعسر شفاؤه متى نمى وظهر ففى هذه الحالة يصح ان يقال انه غير قابل للشفاء اما قبل تكونه فانه يمكن التحرز منه بان يزال الالتهاب الذى يولده بالوسائط المناسبة له اى بمعالجة مضادة للالتهاب جيدة الاتجاه حسبما ذكر فى علاج الالتهاب المعوى ولما كان من العسر دائما معرفة الدرن فى الابتداء وتمييزه عن الالتهاب المعوى وكان الغالب كما ظن كثير من الاطباء المتأخرين كونه مسبوقا او ناتجا عن هذا الالتهاب كان من اللازم معالجته من الابتداء فى جميع الاحوال بالوسائط المناسبة لهذا الالتهاب فان بها يمنع ظهور الداء بل وتنفع ايضا اذا ظهر فان عندنا مشاهدات كثيرة حصل فيها النجاح والشفاء لاطفال ظهرت اصابتهم بهذا الداء وحكم كثير من مهرة الاطباء بانه فيهم غير قابل للشفاء فعولجوا بالتدبير الغذائى اللطيف والضمادات والحقن والاستحمامات المرخية والاستفراغات الدموية الموضعية فتم لهم الشفاء كما ينبغى فاذا ابتدأت الاستحالة الدرنية فى العقد لم تنفع المعالجة المضادة للالتهاب وانما يلتجأ لغيرها فيبادر بتغطية الجسم بصوف الفلانيل ويعطى للطفل اللحوم المشوية والامراق الدسمة والانبذة الممزوجة بالماء ويؤمر له بالمغليات المرة كمنقوع حشيشة الدينار وعرق المسهل المسمى باسيفس والبردانا والراوند فيعطى له فى الصباح على الريق ملعقة صغيرة من شراب او نبيذ مضاد للاسكوربوط او الكينكينا او الجنطيانا ويستعمل له مع ذلك الدلك الجاف على جميع سطح البدن واذا كان الطفل ساكنا فى محل رطب خال من اشعة الشمس نقل لمحل جاف هوائى ويعرض لتأثير الشمس ولا بأس بنقله للبلاد الحارة اذا امكن ومن اعظم الادوية التى

تستعمل بنجاح اكثر من غيرها مزج مسحوق الراوند بخلات البوتاسة اجزاء متساوية فيستعمل منه ست عشرة قمحة فى الصباح ومثلها فى المساء ومماله خواص ايضا فى هذا الداء المركبات الصابونية وحدها او متحدة مع خلاصة الشوكة المباركة او المثلث الاوراق المائى او الشاهترج او الهندبا البرية المسماة باذان السبع والاستحمامات البحرية وقد نيل نجاح ايضا من الادوية الحديدية والقونيون ويقرب للعقل ان اليود له هنا فعل جيد كما فى الخنازير وقد ذكرت فى المؤلفات امثلة كثيرة حصل فيها الشفاء بتلك الوسائط وطعن بعضهم فيها بان الذى كان اذ ذاك انما هو التهاب معوى لا استحالة درنية لكن نقول ان الالتهاب المعوى لا يشفى عادة بتلك الوسائط المنبهة فيقرب للعقل ان الداء اذ ذاك انما كان استحالة فى العقد فاذن لا ينبغى اهمال هذه الادوية وان منعها الآن بعض المتأخرين ولكن بشرط ان لا نشاهد علامات للالتهاب المعوى وان يكون الطفل لينفاوى المزاج وموضوعا فى الاحوال الرديئة التى ذكرناها ففى تلك الحالة لا يخشى من تعاطيها نهايته انه يلزم مراعاة القوانين اللازمة لها والتيقظ لنتائجها وان يبادر بمنعها وابدالها بالوسائط الملاطفة متى ظهر منها فعل مهيج فى القناة لا مقو كما هو المراد منها ولكن نقول انه قد يحصل منها اخطار كثيرة اذا امر بها مع الجهل وديوم عليها بدون تأمل فى نتائجها الرديئة كما شوهد ذلك كثيرا حيث عولج بهذا العلاج آفات كثيرة تشتبه بهذا الداء ولم تعالج بمضادات الالتهاب ولذا كان من العقل على رأينا الابتداء بمضادات الالتهاب ولا تستعمل الادوية المنبهة الابعد تأكيد عدم منفعة هذه المضادات نعم لا يحتاج اليها اذا لم يأت الطبيب للمريض الا فى الدور الاخير من الداء وكان المريض قبل ذلك ساقطا فى الذبول والنحول وقد علمت ان النتائج الجيدة من مضادات الالتهاب لا تحصل الا فى ابتداء الداء او عند ابتداء الاستحالة الدرنية فى العقد اما اذا تم التدرن فيها فينبغى اعتبار الداء خارجا عن اسعاف الصناعة ومع ذلك اوصوا حينئذ بادوية كثيرة لكنها عديمة النفع فمنها الادوية الزيبقية والاشق والصبر والسنا وخلاصات المر والافسنتين

والقسط

والقسط الاسود والشكوريا وجذر الاروم (اى رجل العجل اواذان الفيل) وكربونات البوتاسة والباريت ومنها جملة مركبات كالماء الزيبقى لتيدن والدهن الحلو لاستال وبلوع بيشير وبلوع جراتلوب وبلومير وروزان وغيرهم ومن المعلوم ان الداآت العضال تكثرادويتها لعدم نفع الادوية فيها ومن ذلك مانحن فيه فان هذه الادوية لاقدرة لهما على مقاومة هذا الداء بل ربما عجلت فقد المريض لانها تهيج وتلهب الغشاء المخاطى المعدى المعوى فتعجل لين الدرن فالاولى تركها بالكلية والاقتصار على التدبير الغذائى المناسب والاحتراسات الصحية التى ذكرناها

الفصل الثانى
فى الخنازير

يحد هذا الداء بانه حالة مرضية عامة فى البنية تصاب فيها العقد والاوعية اللينفاوية كالسائل الذى يمر فيها وهو معروف قديما عند اليونانيين وغيرهم بهذا الاسم لمشابهته لداء مخصوص بالخنازير ثم هو كغيره من الامراض التى هى متعلقة بتنوع عام فى البنية وغير محررة الاسباب طالما كابد تغيرات وآراء مختلفة وبيانات تعليمية كثيرة فمعظم القدماء جعلوه تغيرا فى الاخلاط ناشئا من وجود عيب اوخميرة اوجرثومة اومادة فاسدة فيها فنسبه بقراط وجالينوس لبلغم كثيف ثابت فى العقد اللينفاوية وتمسك كثير من المتأخرين بهذا الرأى منهم باريه ودوريت وسنقطور يوس وغيرهم ومنهم من نسبه لحمض ظنه موجودا وهو الحمض المسمى فصفوريك اولعيب خاص فى اللينفا اولتحويل جدرى اوغير ذلك واما الذين ينسبون الامراض للاجزاء الجامدة فلهم آراء غير ذلك فسمرنج يظهر انه اول من نسبه لضعف اصلى فى الاوعية والعقد اللينفاوية ومشى على ذلك كبانيس وبيشا وبنيل والبير وريشرن وغيرهم ونوع لبلتيير هذا الرأى بعض تنوع فجعله تغيرا عظيما فى التغذية فنتج من ذلك بالضرورة فقد النضج الحيوى وعيب فى الاجزاء الحسية الحيوانية وضعف حقيقى فى جميع المنسوجات العضوية وبعضهم نسبه لقابلية تهيج فى المجموع اللينفاوى ومن

المعكوم ان ذلك رأى بروسيه الذى اجتهد فى تقويته وتأييده وسنبحث فى تلك الآراء قريبا وننظر منها ماهو اقرب للعقل

الاسباب * يظهر ان الخنازير تحصل من اسباب كثيرة فمن ذلك جميع ما يفيد تسلطن السائلات البيضاء فى الجسم ويطبع فيها فسادا بحيث يصيرها غير جيدة للتغذية وكذا جميع ما يزيد فى فعل العقد والاوعية الليمفاوية فبمقتضى ذلك يكون عندنا رتبتان من الاسباب احداهما اسباب آلية اوتشريحية فسيولوجية وثانيتهما اسباب صحية او عارضية

فالاسباب الآلية هى التوارث والاستعداد اذ لايشك احد فى ان هذا الداء كثيرا ما يكون نتيجة استعداد ارثى اومزاج لينفاوى فقد تشاهد اشخاص كثيرون من عائلة واحدة مصابون به ثم تارة لايصاب منهم الا الاطفال الذكور وتارة لايصاب الا الاناث بدون ان يعرف من اصيب اولا من العائلة ولكن ليس بلازم ان تولد الاطفال بمن هو مصاب بهذا الداء حتى يكون مع الطفل من وقت الولادة جميع الاستعدادات الآلية للخنازير فاننا نشاهد كل يوم موت اطفال بهذا الداء مع ان اقاربهم متمتعون بصحة جيدة ويوجد نظير ذلك ايضا فى السل الرئوى ونحوه من الامراض التى يظهر كونها مرتبطة بالتوارث وظن بعض المؤلفين انه اذا وقع تلقيح البذرة فى زمن الحيض جاز ان يولد الطفل بهذا الداء وربما تقوى ذلك ببعض مشاهدات ذكروها ولكن الاقوى من ذلك هو ان هذا الداء يصيب بالاكثر الاطفال الذين يولدون من اهل ضعاف يفرطون فى الوطئ اومن امهات يدمن مدة الحمل على ارضاعهن ويقال ايضا ان الارضاع المصاحب للحيض قد يعين على ظهور هذا الداء لكن هذا الرأى وان كان مسموعا عند بعض العامة هو مرفوض الآن عند الاطباء والاوضح من ذلك ان يقال ان الداء يصيب بالاكثر الاطفال اصحاب المزاج الليمفاوى بحيث يظهر على رأى كثير من المؤلفين ان حالة الخنازير انما هى افراط فى هذا المزاج كما قال بذلك ريشرن وغيره ولذا كانت النساء المشاركات للاطفال فى هذا المزاج يصبن به اكثر من الرجال ونسبة ذلك على رأى لبلتيير

كنسبة

كنسبة خمسة لثلاثة ونظيرهذا الداء غيره من الاستحالات الآكلية التى تحصل فى تركيب المنسوج الابيض كالسل الرئوى والاحتقانات الغددية فلا تصيب بالاكثر الا من تسلطن معه هذا المزاج ورأى بعض المتأخرين ومنهم استرولك وكبير واستول ان هذا الداء انما هو تحول او استحالة للمادة المعدية الزهرية ولكن ذكر بودلوك ان اصل الخنازير موجود قبل مجيء الداء الزهرى لافالينا بقرون كثيرة وان المشابهة بين هذين الداءين انما هى ظاهرية فقط ثم على ان هذا الداء وراثى عند القائلين بالاخلاط وانه حاصل من مادة مخصوصة يقال بانه قد يكون معديا وهو رأى دلورنس وبوردو وغيرهما غيران قورطوم وبنيل وريشرن ودبوترن ولبلتيير وغيرهم فعلوا تجريبات بقصد ايصال هذا الداء للغير بان وضعوا على سرير واحد اطفالا سليمين مع اطفال مخنزرين وبذلك جلود السليمين بصديد آت من الاطفال المخنزرين وبتلقيح الصديد تحت البشرة وبزرق مواد القروح الخنازيرية الواضحة فى معدة حيوانات سليمة او فى اوردتهن فلم يصح ذلك وقد اختبر عموما ان لبن المرضعة المخنزرة لا يجهز للطفل الامواد مؤذية غير جيدة للتغذية ويوجب ذلك بعرضه للخنازير لكن تقول ان من ينسب لهذا اللبن خواص العدوى من الاطباء قليلون ولذا كان الارث الذى اعتبر انتقالا للمادة المعدية او الاصل الخنازيرى من الاهل للاطفال غير مقبول الآن واما اعتبار كونه استعدادا خاصا للبنية فيمكن تأثيره فى احداث الداء وهذا غير مشكوك فيه وبعبارة اخرى يصح كون الداء وراثيا لا معديا

الاسباب الصحية * لا ينسب لنمو هذا الداء من الاسباب الخارجية الكثيرة الحصول المختارة عموما الا السكنى فى الاماكن الباردة الرطبة والمنخفضة والآجامية الغير القابلة جيدا الضوء الشمس ولذا كثر فى البلاد الرطبة وذكروا من الاسباب الانتقال الى اقليم بارد رطب كانتقال الهنديين الى بلاد الانقليز والسودان الى مصر ومنها سكنى المدن الكبيرة وسيما المحتوية على خلائق كثيرين خصوصا اذا كان ضوء الشمس فيها قليلا وظهر عند بودلوك ان السبب الوحيد اللازم لهذا الداء هو استنشاق الهواء الغير المتجدد الخالى عن القدر الكافى

من الاوكسيجين ولذا كان كثيرا ما يشاهد فى البلاد التى فيها الفوريقات والمعامل ومساكن الحيوانات الاهلية غيراننا نشاهد من جهة اخرى كل يوم اطفالا معرضين لتأثير هذا السبب مع ان صحتهم فى غاية الجودة بحسب الظاهر واطفالا اخر موضوعين بمقتضى قوانين الصحة ومع ذلك يموتون بهذا الداء فاذن جعل هذا من الاسباب امامن المبالغات اومن غلط بودلوك فقد ثبت الآن عدم حصول هذا الداء من هذا السبب وحده لانه لا يوجد الا فى اطفال او اشخاص مستعدين له مع ان هذا السبب كثيرا ما يجتمع مع الاغذية الرديئة ومع جميع نتائج الفقر والمسكنة ولم يذكر بودلوك شيأ من ذلك وزعم همبلد ان مما يعين على ظهوره نقص التأثير الكهربائى كفقد الحرارة والاكسيجين لكن ليس عندنا ما يحقق هذا الرأى وربما كان من الاسباب فقد الضوء لانه يتبعه انتقاع الجلد واسترخاء اللحم والانتفاخ العام فى الجسم وذلك يعطى للشخص سحنة خنازيرية ولاشك ان ذلك السبب تابع لسبب البرد الرطب المصاحب له وقد شبه لبلتيير حالة الخنزيرين بذبول النبات وقوى تأثير هذا السبب وذكروا من الاسباب المعينة على ظهوره الاغذية الغليظة المتعبة للمعدة وغيرها من اعضاء الهضم او الحاصلة من مرضعة رديئة الصحة مصابة بالخنازير او الداء الزهرى او الدرنى وكذلك الاغذية الرديئة التحضير والمشروبات الغير المختمرة وجميع ما يغير بنية الشخص ويخلى السائلات من اصولها المغذية وكثيرا ما يظنون حصوله من استعمال المياه الآتية من ذوبان الثلج والجليد لكونها خالية من الهواء لكن ذلك غير اكيد ومثلها ايضا المياه المحتوية على مقدار كبير من املاح الكلس بحيث يرسب منها فى جريها شئ من ذلك وقد نسبوا الداء ايضا لفاعل كيماوى وهو الزيبق والتجربة اثبتت ان مستحضرات هذا المعدن كثيرا ما تطبع فى المجموع اللينفاوى تنوعا مخصوصا وفى البنية كلها هيئة مثل ذلك مماثلة للهيئة الخنازيرية ولذلك قالوا ان الاشخاص المعرضين لتأثير هذا المعدن اما بصناعتهم او باستعمالهم له فى علاج يستدعيه قد يلدون اطفالا امزاجهم خنازيرى فاذا لم نتوغل فى هذا الرأى فلا اقل من ان نقول

ان التعرض لمستحضرات هذا المعدن يحصل منه استعداد آلى لهذه الحالة الخنازيرية بحيث يسهل انتقالها للاطفال بالتناسل اى ينتقل لهم الاستعداد لذلك لانهم يولدون ومعهم مادة معدية او جرثومة خنازيرية

واما كيفية تأثير هذه الاسباب فنقول فيها لاشك ان الاسباب المذكورة تطبع فى البنية تنوعات تعين على التولد الخنازيرى لكن يقال ما كيفية تأثيرها وماهيئة تتابع الظاهرات المرضية التى يقوم منها الداء وهل تأثيرها اولا فى الاجزاء الصلبة او فى السائلة او فيهما معا ولكل من ارباب مذهب الاخلاط ومذهب الجوامد اسس بيانه على حسب ما يقول به مع ان الاخلاطيين الذين يقولون اما بالحمضية او الحرافة او القلوية او النتانة او الغروية فى الليمفا لم يشاهدوا من تلك التغيرات المحققة او المفروضة الا نتائج الاسباب التى اثرت مباشرة على السائلات وارباب الجوامد الذين ينسبون الخنازير لضعف او تسلطن فى الفعل الحيوى الذى فى الاوعية والعقد الليمفاوية التزموا بالطبيعة ان يروا حصولها من سبب اثر على خصوص المنسوجات الداخلة فى تركيبها فالاسباب عند هؤلاء طبيعية او عضوية وعند من قبلهم كيماوية او حيوية ثم الى الآن اتضح لنا تأثيرها فى الجهاز الليمفاوى لكن لم يبحث احد فى ظاهرات التدمم عن سبب داء الخنازير ويقرب للعقل ان بودلوك هو اول من نسب هذا الداء لعيب قريب فى التدمم حاصل من تغير كيماوى فى الهواء قال فاذا كابد الهواء المستنشق بعض تغيرات فى المقادير النسبية لاصوله المركبة له كنقص الاوكسيجين وزيادة الحمض الكربونى كان التدمم اى نضج الدم بذلك معيبا غير تام ومن حيث ان الدم يحتوى على مواد التغذية والافراز يلزم ان ينطبع فى تركيبه بسبب ذلك تغيرات يختلف غورها فتظهر من ذلك الخنازير فيكون السبب اللازم الضرورى له هو تغيير الهواء وبموجبه تغير التغذية فيكون مبدأ التغير فى السائلات انتهى واستشكلوا ذلك باشكالات كثيرة لا حاجة لايرادها كلها وانما نقول لو كانت الخنازير ناتجة بالضرورة من عيب فى الدم ناشئ من تسلطن الازوت او الحمض الكربونى او فقد الاوكسيجين من الهواء

الذى يستنشق فى بعض الاماكن لكانت العلامات الاول للداء شبيهة
باعراض الاسفكسيا البطيئة التى تظهر بالاكثر فى الجهاز الدموى لا كما يحصل
من ظهور ذلك فى المجموع اللينفاوى مع انه لم يشاهد فى الاسفكسيا
الناشئة من فقد الهواء القابل للتنفس نتائج محسوسة فى جهاز الاوعية والعقد
اللينفاوية على اننا نشاهد كل يوم اشخاصا مخنزرين ولدوا وعاشوا فى اماكن
جيدة الهواء جدا كما نشاهد ايضا اشخاصا اصحاب صحة جيدة تامة مع انهم
اعتادوا على المعيشة فى هواء خال من جزء من اوكسيجينه او ممتلىء من الازوت
والحمض الكربونى ونقول من جهة اخرى لو لم يكن البرد الرطب الا سببا ثانويا
للخنازير كما قال بودلوك لم يكن فى البلاد البارده اكثر من غيرها مع انه ثبت
بالتجربة خلاف ذلك اعنى صيرورة المجموع اللينفاوى مجلسا للاحتقان بسبب
البرد الرطب الطويل المدة ونسب بوردو هذا الداء لعيب فى التغذية اى لمرض
عام فى العصارة المغذية اى فى اللينفا الا ان السبب لذلك لا يكون مقصورا على
واحد وانما يشمل جميع ما يطبع فى اللينفا تغيرا فى اصولها المغذية وربما
كان هذا الرأى اقرب للحقيقة من رأى بودلوك الذى اختار سببا واحدا فقط
والطبيب لبلنيير الذى له اشغال جليلة فى هذا الداء وقت سلطنة القول بتغير
الجامدات لم يشاهد فى الخنازير الا آفة فى المنسوجات لا فى السائلات اللينفاوية
وقد سبق اننا ذكرنا عن هذا الطبيب ان نتيجة اسباب الخنازير هى عدم النضج
الحيوى وضعف القوة الحيوانية وذلك سبب حقيقى لضعف جميع المنسوجات
الآلية ولا يعسر على الرأى الفسيولوجى ان يوجد فى الفساد الخنازيرى جميع
نتائج الاسباب المهيجة التى اثرت بالخصوص على المجموع اللينفاوى وفى الداء
نفسه التهاب دونى لان جميع التهيجات المرضية او الصناعية التى تكون قرب
عقد العنق او الابط او الاربية او غير ذلك كثيرا ما يتسبب عنها احتقان والتهاب
فى تلك العقد ويحصل مثل ذلك ايضا فى العقد الشعبية والرئوية والماساريقية
بسبب تهيج نزلى او غيره ثابت قرب هذه الاعضاء وبالجملة لا يخفى كثرة
الامور الواقعية لتوضيح هذا التهيج الذى هو سبب الخنازير على هذا الرأى نعم

قد يعارض ذلك بالبعد العظيم بين الاحتقان اللينفاوى والاورام الخنازيرية وبين التهاب العقد اللينفاوية والاستحالات الدرنية والى هنا انتهى ما عندنا فى البحث فى الاسباب عن اجوبة الاسئلة المتقدمة فلنبحث الآن عن ذلك فى الاعراض

اعراض الخنازير * لنقسم هذه الاعراض الى رتبتين اعراض موضعية واعراض عامة

الاعراض الموضعية * الغالب ان يظهر والشخص فى منظر الصحة الظاهرة على مسير العقد والاوعية اللينفاوية اورام اوكرات بيضاوية تتحرك تحت الجلد وتتضاعف كثيرا او قليلا وتأخذ تدريجا فى زيادة الحجم وتبقى مدة اشهر اوسنين بدون الم ثم يصحبها حرارة واحمرار وانتفاخ موضعى وحركة حمية وبعد ذلك يظهر التموج فيها فالجلد يرق ويتقرح وتخرج منه امافى ان واحد اوعلى التوالى مادة متجددة منظرها وقوامها كالجبن اوسائل مصلى قيحى متحمل لندف زلالية وتختلف كثرة ذلك التقيح الآتى من العقد اللينفاوية والمنسوجات القريبة لها ولا تحد مدته فقد يمكث اشهرا بل سنين كاملة والالتحام يحصل ببطئ فى جميع الاحوال ويكون عمق القرحة مكونا من ازرار مفرطحة اوقليلة الظهور وحوافى القرحة مزرقة او بنفسجية فاذا التحمت وجد فى محل الالتحام آثار لاتمحى وذلك ناشئ من فقد جزء من الجلد ومن المنسوج الخلوى للعقد اللينفاوية ومن الالتصاقات التى تكابدها الحوافى بالعضلات التى تحت الجلد واكثر ما تظهر هذه الاعراض حول العنق وتندر تحت الابطين وفى الاربيتين واقل من ذلك فى المأبضين

والجلد فى كثير من الاحوال يكون مجلسا لانتفاخ وتقرح يظهر فى اقسام من الجسم وسيما البدن والاطراف ويخرج من تلك التقرحات قيح مصلى تختلف كثرته ويترك بعده فى الغالب مادة اكثف منه كأنها جبنية واحيانا درنية تفصل الجلد وتزيل التصاقه بما تحته وفى مدة هذا التقيح الطويل المدة تبقى حوافى القروح مدممة فطرية واحيانا ينكشف منها اسطحة عضلية عظيمة السعة

وكلما تضاعف التقرح انخرمت الصحة العامة للجسم واتضح سوء البنية فيصير الداء عاما

ومعظم المؤلفين جعلوا سير هذا الداء بطيأ غير محسوس ومدته طويلة غير محدودة وبالاختصار جعلوه مرضا صفاته الذاتية اللازمة هي الازمان بل ذكر تومسون انه التهاب يلزم كونه مزمنا فالازمان صفة له لكن اذا نظرنا للامور الواقعية نرى انه قد توجد فيه الحدة التى توجد فى غيره من الامراض كما يقع ذلك كثيرا للاشخاص المستعدين له اذا كابدوا تأثير اسبابه الطبيعية والصحية بسرعة وقوة كالذين يشتغلون فى المستحضرات الزيبقية او يعالجون بجامدة طويلة علاجا سيء الاتجاه والذين يكابدون تأثير البرد الرطب مع معيشتهم فى هواء فاسد قليل الاوكسجينية ومشاهدات ذلك كثيرة

الاعراض العامة للخنازير * يشاهد سوى الأعراض الموضعية صفات فسيولوجية لازمة فى الغالب لهذا الداء كالمزاج اللينفاوى الذى صفاته المميزة هى رقة الجلد وبياضه وشقرة الشعر وكبر الرأس وغلظ الشفتين وطول العنق وضيق الصدر وكبر البطن وبروز المفاصل واسترخاء اللحم واستدارة شكل الاطراف واللون الوردى وكثيرا ما يضم لتلك الاوصاف جملة ظاهرات مرضية تطبع فى الشخص هيئة خنازيرية لا تخفى كاحمرار الاجفان واستدامة التدمع وانتفاع الوجه وانتفاخه واللون الكابى والهيئة الترابية الغبارية على الجلد والشقوق فى اليدين والرجلين واحيانا لا يكون فساد الداء مقصورا على احتقان العقد اللينفاوية الظاهرة بل يمتد ايضا للعقد المحيطة بالشعب والتى فى الحجاب القاسم والماساريقا بحيث يظهر كأن الجهاز اللينفاوى كله مصاب بالداء وماعدا ذلك قد تعرض ايضا آفات اخر فى اعضاء اخر فكثيرا ما يكون الجلد محلسا للاحمرار واندفاعات بثرية وتقرحات مختلفة والاوتار والاغشية المجللة والمحافظ الزلالية وبقية المنسوجات البيضاء تنتفخ وتلين وتصير فى منظر الشحم الجامد مصفرة وتنتفخ ايضا الغضاريف والاطراف العظمية وتتسوس اى تتخلل وتدخل ايضا الاغشية المخاطية فى هذا الفساد العام فيحصل من

ذلك

ذلك التدمع والارماد والقلاعات والاسهالات المزمنة والنزلات الشعبية ونحوذلك والعظام بدخول مقدار عظيم فيها من السائلات البيضاء يزيد لينها وقابليتها للانثناء فتنتفخ وينشوه تركيبها وينشأ من ذلك ما يسمى بالاكزوستوزس اى الورم العظمى

وسير هذا الداء يختلف كثيرا كما يختلف ايضا انتظام ادوار أعراضه ودرجات شدته ويندر مشاهدته قبل السنين الاول واندر من ذلك بعد البلوغ كما لا يشاهد فى سن الشيخوخة وكثيرا ما تكون نهاية الداء الحميات الاندفاعية وخصوصا الحصبة والجدرى ولا عجب فى ذلك اذا تذكرت ان الجهاز اللينفاوى له فعل قوى فى مبحث الاسباب والامراض لمثل تلك الآفات وكذلك السعال الكلبى يظهر ان له تأثيرا قويا فى الخنازير فان من المعلوم انه يعين بالاكثر فعل التدرن الرئوى وشوهد ايضا ان كلا من الحمل والولادة والارضاع يطبع فى جميع المجموع اللينفاوى زيادة فى الفعل الحيوى اعنى تنبها فى المجموع اللينفاوى تكون نهايته التدرن فى الجهاز العقدى الصدرى او البطنى ففى تلك الاحوال يسير الداء سيرا حادا ويصحبه غالبا حركات حمية ويكون حينئذ محزنا اما فى الحالة الاعتيادية اعنى اذا ظهر مع الطفولية فانه يكون بطيء السير ويمكث فى الغالب سنين قبل ان يصل الى نهايته والغالب انتهاؤه زمن البلوغ

التشريح المرضى والمجلس والطبيعة لهذا الداء * الصفات التشريحية للخنازير تختلف كالصفات الفسيولوجية باختلاف درجات الداء والاجزاء المشاهدة فلاجل دراستها يلزم البحث عن سائلها وصلبها فاولا من المحقق انه يوجد فى المخنزرين عدم تناسب بين الجامدات والسائلات العضوية وذلك ناشئ من نقص فى الجزء الاحمر من الدم كما اكد ذلك بورتال اومن زيادة فى جزئه المصلى كما يتضح ذلك بادنى مشاهدة وذلك النقص فى الدم والكثرة فى اللينفا اوالمصل لا يتضح بهما تكون الدرن الخنازيرى لان هيئة الخلوروزس والاوذيما العامة وفقد مقدار عظيم من الدم بحيث تسبب عنه زوال لون المنسوجات جميع ذلك لا يحصل منه الدرن الخنازيرى فاذن يكون هناك تغيرا آخر طبيعى اوكيماوى

فى السائلات ينبغى ان يبحث عنه فى الامور الواقعية

فبقطع النظر عن كثرة السائلات البيضاء التى هى احد اصول المزاج اللينفاوى واحد الصفات التشريحية للخنازير يمكن بادئ بحث ان يحقق ان تركيبها الخاص لم يكابد تغيرا محسوسا لان من المحقق ان الاصول الملحية المتسلطنة فى تركيب السائلات اللينفاوية هى فوصفات الكلس وكربوناته وكلورور الصود ومن المعلوم ايضا ان هذه الاصول نفسها يقوم منها اعظم جزء من مادة الدرنات الخنازيرية لكن ذكر بعض الكيماويين انه وجد مقدارا من فوصفات الكلس فى لبن بقرة مصابة بداء يسمى بومليير وهو آفة درنية شبيهة بالسل فى البشر اكثر مما فى لبن بقرة سليمة بسبع مرات فهذه المشاهدة وامثالها من الامور المهمة التى ربما توضح لنا شيأ من الطبيعة الخاصة للخنازير ومن معالجتها وهنالك امر آخر ينبغى اعتباره وهى حمضية معظم مستنتجات الافراز

واذا اعتبرنا المادة الخنازيرية بالنظر لاحوالها التشريحية نرى انها تختلف فى الكمية والقوام ومناسبة الاصول المركبة لها باختلاف اقسام الجسم المشاهدة هى فيها فتراكمها فى العقد اللينفاوية للعنق والابط والاربية يقوم منه اول اعراض الخنازير وهو اول درجة للداء والجلد حينئذ يكون سليما ومنسوج العقد يكون مندمجا سنجابيا يوجد فى سمكه مادة تختلف كثرتها ثم فيما بعد تصير هذه الاورام مؤلمة بسبب التهاب المنسوج الخلوى المحيط بها ثم يرق الجلد ويتقرح فتخرج منه مادة مصلية قيحية فى الابتداء ثم تكون مدممة وجبنية ولبية وقد تكتسب هذه المادة قوام الطباشير بواسطة تبخير الاجزاء السائلة منها وتلك حالة ربما نتجت احيانا من العلاج بوضع اليود ويظهر فى جميع الاحوال ان تيبس المادة الدرنية يحصل دائما من الدائرة الى المركز فيتبع سيرا مخالفا لسير الدرنات الرئوية ويكون معظم الاجزاء المتيبسة مكونا من فوصفات الكلس وكربوناته بالمقدار الذى يكون فى المنسوج العظمى فاذا ازيلت هذه المادة بملعقة صغيرة كما يفعل ذلك اذا اريد تعجيل

التحام

التحام القروح الخنازيرية وجدت جدران البورة متعوجة غير مستوية ومكونة من منسوج خلوى كثيف سنجابى كأنه ليفى وتكون حوافى القروح فى الجلد رقيقة مشردمة مدممة واحيانا يعلوها تولدات واحيانا تدخل فى عمق القرحة على شكل اثرة ولكن لا يوصل لذلك فى الحقيقة الا بعد زمن طويل وبعد ان يحصل فى المنسوجات المصابة تحولات كثيرة فاذا كان هذا الالتحام تاما زالت العقد التى كانت مجلسا للتيبس فيلتصق الجلد بالعضلات التى تحته التصاقا متينا

والصفات التشريحية لا تكون قاصرة فقط على العقد اللينفاوية التى هى مجلس للداء فقد تحصل ايضا آفات يختلف ثقلها فى الجلد والاغشية المخاطية والمصلية والعظام وتوابعها فقد يكون الجلد مجلسا لتيبسات غير مؤلمة محمرة بنفسجية اذا تقرحت حصل فيها حجور صغيرة تنفذ فى سمك الادمة وقد تكتسب هذه التيبسات منظر بثور او امبتيجوس او قوبا وقد علم بالبحث التشريحى انها مكونة من نموفى منسوج الادمة نفسها الذى اكتسب زيادة فى الكثافة واحتقنت خلاياه بسائل مصلى دموى كذا قال جرسان وقد تنتفخ الغضاريف ورؤس العظام وتلين وتتسوس فالاطراف المفصلية بتعريتها عن اصولها الكلسية وشبعها من السائلات البيضاء تكتسب عظما فى الجم فتصير مجلسا للالتهابات البيضاء التى تسمى بالاورام البيضاء ومنسوج جسم العظم يكتسب ايضا بمثل ذلك رخاوة وسهولة انثناء كثيرا ما يحصل منهما اعوجاج العظم

وقد نتج من الامور الواقعية الجديدة ان الداء الخنازيرى قد يكون مضاعفا بالذات اعنى مركبا فى آن واحد من اصول تشريحية وفسيولوجية اى صحية يعين اجتماعها بالضرورة على تولد الداء ويلزم مراعاتها لاجل معرفة العلاج وذلك لان الجهاز اللينفاوى يتركب من سائلات وجامدات ممتعة بخواص متميزة عن بعضها غير انه يلزم لها شروط مخصوصة ونسب مناسبة للتركيب والحيوية فيكون التفتيش فى تلك الجامدات والسائلات دون غيرهما على

السبب القريب او الطبيعة الخاصة للخنازير من القواعد الاصلية للفسيولوجيا وعلم الامراض وبذلك لا يتأتى فصل هذين الاصلين العظيمين للتركيب عن بعضهما ونتج ايضا من الامور السابقة انه لا يمكن وضع بيان تعليمي للخنازير مؤسس على قوة المجموع اللينفاوى اوضعفه ولا على تغير الجامدات فقط اوالسائلات فقط المركبة لهذا المجموع وانه لا يكفي لاحداث الداء وجود اسباب تؤثر على الجامدات فقط اوالسائلات فقط اوتغيرات تصيب احدهما دون الآخر وانه يلزم لظهور الخنازير وجود الاسباب التشريحية اى الآلية التى تجهزها كالصحية اوالطبيعية اوالكيماوية ايضا وان التغيرات التى تقوم هى منها تكون مع فساد وتغير فى تركيب السائلات وتهيج فى الجامدات اللينفاوية وهناك امراض كثيرة تشتبه بالخنازير فمن المهم الاعتناء بالتشخيص حسب الامكان فقد ذكرنا ان احتقان الاوعية والعقد اللينفاوية لا يقوم منها وحدها هذا الداء وادلة ذلك تؤخذ من المشاهدات فى كل وقت للاورام الغددية التى تظهر فى العنق بسبب الحراريق فى القفا والقلاعات فى الفم والشفتين وبسريازس ونحوه من الاندفاعات الجلدية التى تحصل فى فروة الرأس وكذا التى تظهر فى الابط من الداحس اومن التهاب فى مسير الاوعية اللينفاوية لليدين والذراعين وكذا فى الاربية من القرحة الاكالة الزهرية فى الذكر اومن مجرد قروح فيه اومن عقر فى اصابع الرجلين اومن اندفاع جلدى فى الرجلين فعلى الطبيب الحاذق تمييز هذه الاحتقانات اللينفاوية الناشئة من وجود مثل هذه الاسباب عن الاحتقانات الخنازيرية الحقيقية التى تستدعى كما قلنا الاستعانة بالاسباب الملازمة للشخص اعنى الحالة الواقعية لسائلاته فبموجب ذلك لا يتم التشخيص الصحيح الا بوجود واعتبار رتبتين من الظاهرات الموضعية والعامة ولا يمكن اشتباه الاحتقانات الخنازيرية بالاورام الزهرية اذا امعن النظر فى مقابلتها ببعضها بالنظر للمجلس وكيفية النمو والانتهاء فبقطع النظر عن السن المنسوب لها يوجد ايضا فروق اخر ذاتية فان الاحتقانات فى الزهرى تظهر فى الغالب فى الاربيتين

واما

واما فى الخنازير فتظهر فى العنق والتسوس فى الزهرى يصيب بالاكثر عظام الجمجمة والوجه وفى الخنازير المفاصل وعظام الاطراف وهناك فرق عظيم ايضا وهو ان هناك التهابا دونيا او التهابا ابيض خاليا من رسوب مادة درنية واما فى الخنازير فكثيرا يوجد فيها التهاب دونى يوجد ايضا رسوب مادة درنية ناتجة ولابد من تغير السائلات والزهرى يندر ان يستعصى على وسائط العلاج الجيد المناسب له بخلاف الخنازير فانها تستعصى على اقوى الوسائط واجودها وايضا فان المستحضرات الزيبقية لها فعل سريع فى علاج الزهرى ولا اثر لها فى علاج الخنازير بل ربما كانت مثقلة لها

وقد ذكروا عموما ان السل الرئوى مرتبط ارتباطا لازما بحالة الخنازير لكن للطعن فى ذلك مجال فان المشاهدات لا تقوى ذلك لان الخنازير لا تصيب الا الاطفال الذين لم يبلغوا الحلم والسل الرئوى لا يصيب فى الغالب الا من سنه خمس وعشرون الى خمس وخمسين سنة مع ان الخنازير يمنع وجودها فى هذا السن والاشخاص المصابون بالخنازير يصلون غالبا لآخر درجة من الفساد بدون ان يوجد فيهم اعراض التدرن مع ان تلك الاعراض تعرض غالبا بدون ان يكون هناك مايدل على وجود الخنازير وايضا من المعلوم انه لم ينكشف الى الآن بالتشريح اثر للعقد والاوعية الليمفاوية فى المخ والنخاع الفقرى والعظام ومع ذلك لا يندر وجدان الدرن فيها وكذلك الاقاليم التى يوجد فيها كثير من المخنزرين يوجد فيها قليل من المصابين بالسل واما التى يوجد فيها قليل من المخنزرين فيوجد فيها السل اكثر من غيرها فكثرة الآفات الخنازيرية تتوافق مع زيادة ندرة الآفات الدرنية فى جميع اقسام الارض التى على شاطئ المحيط

والصفات الطبيعية للبنية الخنازيرية تختلف بالذات عن صفات البنية السلية ففى الحالة الاولى يكون الجلد ابيض رقيقا رخوا والشعر اشقر والرأس كبير الحجم والوجه ممتلئا ورديا والجسم كله مغطى بشحم وفى الحالة الثانية يكون الجلد فى الغالب اسمر والشعر اسود والجسم رقيقا نحيفا والاطراف دقيقة

تحيلة. فالمزاج الليمفاوى هو احد الشروط المعينة على داء الخنازير عكس ما يشاهد فى الحالة الاخرى من البنية اليابسة العصبية فانها تكون اقوى استعدادا للسل الرئوى من غيرها ويشاهد كل يوم اشخاص مختزرون يجتازون جميع درجات الداء الخنازيرى من ادنى درجة الى اعلاها بدون ان يكون معهم علامات للتدرن السلى ومن المحقق ان الخنازير لا تنتقل بالعدوى ولا بالتوارث والمشاهدات والتجربيات توضح ذلك وهل الامر بالعكس فى السل الرئوى ينبغى تحقيق ذلك بالمشاهدات وانما المحقق هو ان هنالك مشاهدات يؤخذ منها انتقال السل بالتناسل وباستنشاق الهواء المركز المتشرب من ابخرة المسلولين واكد بعضهم كثرة هذه العدوى بل اختار هذا الرأى كثير من المؤلفين الآن فاذن ليس هنالك بالنظر لهذه الفروق تماثل فى السبب ولا فى المجلس ولا فى السير بين الخنازير والسل الرئوى

فاذا عارضنا احد بالمشابهة التامة فى الصفات التشريحية لهذين الداءين المذكورين نقول له ان الطبيعة الحقيقية للداء ليست فى استحالة المنسوجات وانما هى فى الاصل التشريحى الذى اصابته هى وطبيعة الاسباب التى احدثتها وكيفية الحصول والظهور والانتظام للاعراض المتتابعة التى يقوم منها الداء ونتائج علاجه فاذا نظرنا لذلك لم نر تماثلا بين الداءين المذكورين وقد اضطربوا الآن فى مجلس الدرن الرئوى هل مجلسه فى المنسوج الخلوى الذى فى خلال الرئة كما قال روش ولومبار وغيرهما او فى الخلايا الرئوية كما قال ماجندى وكروفلبير واندرال او فى العقد الليمفاوية للشعب كما قال بروسيه وبيجن وفورنيير واما الدرن الخنازيرى فهل يشك احد فى كون مجلسه فى العقد والاوعية الليمفاوية وكذلك ليس ابهم واضعف من آراء المؤلفين فى طبيعة الدرن الرئوى فى ابتداء نشأته هل هو قيح اولينفا او مصل اودم متجمد ويقرب للعقل ان منشأ هذه الآراء المختلفة هو عدم وحدة المجلس والتركيب للمادة المسماة بالدرنية فلذا لا يمكن الاتفاق فيها على رأى واحد

والتحليل الكيماوى الذى يؤخذ منه المشابهة فى التركيب بين الدرن الرئوى

والدر

والدرن الذى تحت الجلد لا يدل على وحدتهما لما علم من ان تلك الاصول توجد فى اغلب مستنتجات الافراز العارضى وفى القيح والتجمدات الكلسية والمادة السرطانية ونحو ذلك قال جولى واظن ان مايسمى درنا فى التشريح المرضى ليس متماثلا وان المادة التى يسمونها درنية انما هى مستنتج عام لاسباب مرضية كثيرة مختلفة وبموجب ذلك يختلف مجلسها كاصولها الفسيولوجية والمرضية وان كانت متشابهة فى الصفات الطبيعية والتركيب الكيماوى وان الذى ينتج من هذه الامور الواقعية والمنازعات التى حصلت فى ذلك هو انه يمكن تحصيل درن فى مجموع الاوعية والعقد اللينفاوية وفى خلال المنسوج الرئوى وفى الاطراف الشعرية الوريدية وفى المنسوج الخلوى الذى فى داخل تركيب الرئة وغير ذلك لكن ليس هناك تماثل فى الطبيعة الحقيقية للانواع المختلفة من الدرن

علاج الخنازير * الوسائط الصحية والمواد الطبية يؤخذ منها وسائط علاج الخنازير غير ان الوسائط الاول يؤخذ منها نتائج ثمينة لا تستفاد من الثانية وذلك لان الخنازير مرتبطة كما قلنا بتنوع آلى عام ينقاد بالاكثر لبعض المؤثرات الصحية بحيث تقدر على قهرنتائجها فلتكن هى اول انتباه من الطبيب

الوسائط الصحية * يوضع المريض معرضا للتأثيرات الطبيعية والجغرافية والجوية المناسبة فهذه هى اقوى الوسائط لعلاج الخنازير فالهواء المناسب للمخنزرين هو النقى اليابس الحار وتكون السكنى لاجل ذلك فى الاماكن المرتفعة المعرضة للجنوب او للمشرق لتتأثر على الدوام من تأثير الشمس ولتكن الملابس حارة من الصوف لتحفظ فعل التنفيس الجلدى وتمنع ارتداع العرق وتستعمل انواع الرياضات كالرقص واللعب والجرى والصيد وركوب الخيل والسباحة وممارسة الزراعة فى الاراضى والبساتين فان هذه لها تأثير نافع فى صحة المصابين او المهيئين لداء الخنازير ومن اجل الوسائط التى لا ينبغى للاطباء اهمالها استعمال الاستحمامات البحرية ولذا يقل داء الخنازير

فى القاطنين بشواطئ البحار لكثرة استعمالهم مياهها والاستحمام بمياه باريج وبلومبيير ونحوهما سبكا له تأثير جليل وكذا التبخيرات العطرية والقلوية والكبريتية وتنظيم التدبير الغذائى من الامور المهمة ايضا فى العلاج وليكن مركبا من جواهر مناسبة تؤثر كتأثير الوسائط السابقة اعنى تقاوم الاستعداد العام الذى فى البنية ويداوى بها كثرة السائلات البيضاء وفسادها وقلة وفساد السائلات الحمراء فى البنية وتحصل تلك الغاية بالجواهر الحيوانية وسيما اللحوم المشوية لكونها اكثر تنبيها والمشروبات الغازية الروحية ولذلك كانت الجواهر العسرة الهضم والخبز الغير المخمر والاغذية الدقيقية والبقول الحشيشية متروكة من التدبير الغذائى للمخنزرين ومثل ذلك ايضا الالبان كلها حتى لبن الاتان الذى مدحه بعضهم لذلك

الوسائط الاقرباذينية * طالما اكثر الاطباء فى ذكر الادوية المضادة للخنازير وتعدادها فمنها الادوية المضادة للاسكربوط والخنازير والمقيئات والمسهلات والمستحضرات الزيبقية والقلويات والادوية الكبريتية والادوية الماصة والمحللة والمغيرة والكهربائية وغير ذلك فهذه طورا فطورا استعملت مع نجاح كثير اوقليل ومع مدح كثير اوقليل ولكن نخص من تلك الادوية جوهرا اشتهر الآن كثيرا وهو اليودومركباته فان نجاحه شهير ويستعمل من الباطن محلولا مائيا وصبغة ومن الظاهر على صورة حمام او مرهم او تبخير فينسب له تحليل الاحتقانات المزمنة والعقد الليمفاوية فى العنق والابط وغيرهما وشفاء الاورام العظمية والاحتقانات الظاهرة فى سمك الجلد من هذا الداء ومع ذلك قد لا يحصل منه النجاح الذى بالغ فيه بعض الاطباء فاذا ضم له الوسائط الصحية السابقة واستعمل فى احوال لم يحصل من الداء فيها اثر استحالة درنية ومع الاحتراس الذى تستدعيه طبيعة الدواء حصل من ذلك عظيم منفعة جليلة بخلاف استعماله حال الاستحالة الدرنية او تقيح الخراجات فانه يكون عديم النفع وقد تكون تلك الوسائط محزنة مهلكة اذا كان هنالك سوء قنية خنازيرية مصحوبة باعراض حمية ونحول زائد وبالجملة اذا استعمل هذا الدواء بالقانون

والشروط

والشروط اللازمة حصل منه تنوع فى المجموع الليمفاوى لم ينل قبل معرفة نفع
هذا الجوهر فى ذلك واستعمل ايضا لعلاج اصحاب الخنازير ادريودات
البارية مدح وهجر مرات ثم استعمله بودلوك تارة من الباطن محلولا مائيا
بكمية قمحة لاوقية يستعمل مرة اومرتين فى اربع وعشرين ساعة وتارة من
الظاهر بمقدار درهم فى اوقية من الشحم الحلو ونال من ذلك نتائج جيدة
فى الاحوال التى لم ينفع فيها غيره من المستحضرات اليودية وسيما فى الرمد
الخنازيرى الذى يستعصى على المعالجات الاعتيادية وذكر بعضهم انه نال نتائج
جيدة من استعمال ادروكلورات الذهب بمقدار خمس عشرة قمحة متحدة
مع مثلها من ادروكلورات الصود ثم يمزج ذلك بمقداره اربع مرات من
مسحوق مركب من النشا والفحم وصمغ اللك واستعمل بودلوك احيانا
ارسينيات الصود بمقدار جزء من ستة عشر جزأ من قمحة الى ثلاثة ارباع قمحة
فى اليوم تستعمل محلولة فى جلاب صمغى وقال انه شفى بذلك احوال كثيرة
من القروح الاكالة الخنازيرية التى استعصت على كثير من الوسائط السابقة
واما ادروكلورات النحاس النوشادرى الذى استعمله هو فقد ثبت انه قد يكون
خطرا وامر بيت فى دروسه كما اوصى ايضا فى اعماله بادروكلورات الكلس
محلولا فى الماء المقطر بكمية درهمين لرطل من السائل الحامل لهما قال جولى
ولا نعلم الفائدة المترتبة على ذلك ومدح ايضا كثير من المؤلفين الادوية الزيبقية
ولم يزل يستعملها الآن كثيرون فبعضهم يستعمل السليمانى حتى يحصل منه
تلعب قوى ومنهم من يستعمل الدلك الزيبقى بمقدار كبير زمنا طويلا حتى ان
منهم من فعل هذا الدلك فى باطن الفم واستعملوا ايضا تبخيرات وحمامات
زيبقية لكن لم يبق الآن من يستعمل ذلك الا الانقليزيون ولم يزل بعض الاطباء
بفرانسا يستعمل شراب بليت المركب من نترات الزيبق والاتيرنتريك وشراب
السكر وبعضهم يستعمل الكبريتور الاسود للزيبق لكن ذلك عديم الفائدة
واستعمل ايضا كربونات البوتاسة وتحت كربوناتها لتحليل اللمفا الغليظة
وحصل من ذلك بعض نجاح فى الراشيتس وبعض آفات اخر خنازيرية

فى المجموع العظمى وبعضهم امر بالتراكيب الحديدية واستعملت ايضا المسهلات وأكدت التجربة منفعتها فيؤمر بها تارة وحدها وتارة متحدة مع جواهر مختلفة مغيرة ومدح منها حبوب واكاسير كحبوب جراتلوب الداخل فيها طرطرات البوتاس والحديد والاوكسيد الابيض والراوند والصبر والصابون وكحبوب جونان المركب من السنا وزبدة الطرطير والغاريقون المحرق والراوند والسقمونيا والكلوميلاس والاثيوب المعدنى وربّ الراوند وكربونات الحديد والصبر والجلابا وكاكسير رولان الناتج من ان ينقع فى الكؤول النباتات المرة والراوند والسنا والصبر فهذه هى المسهلات الرئيسة التى مدحت فى الكتب القديمة الاقرباذينية للخنازير ولم يزل الى الآن بعض الاطباء يستعملها سواء كانت نافعة اوغير نافعة

ومدحت ايضا المصرفات الظاهرة فى الدرن الخنازيرى مع انها لا تنفع بل ربما كان فيها خطر فاننا ما رأينا حصول شفاء منها فى الدرن الرئوى اوالذى تحت الجلد بل ربما كانت سببا لظهور الاورام الخنازيرية عند من فيه استعداد لها اذ من المحقق ان التدرن الخنازيرى كما يحصل من حالة عضوية عامة وحالة ذاتية فى السائلات يحصل ايضا من اسباب عارضية للتهيج سواء كانت قريبة اواشتراكية وبدون ذلك لا يمكن حصوله وليس من الاسباب اقدر على احداث ذلك التهيج من الحرارية فلذلك ينبغى التحرس من استعمالها فى الامراض الخنازيرية والمطبوخات المرة من الكينكينا والجنطيانا وحشيشة الدينار ومضادات الاسكوربوط المستعملة مغليات وانبذة وشرابات تعين فى كثير من الاحوال على تحصيل النتائج الحميدة للوسائط الصحية واختيار هذه الادوية يتنوع بتنوع احوال الاشخاص بحيث لا يوضع لذلك قانون كلى منضبط

العلاج الموضعى * الاعراض الموضعية الناشئة من الداء الخنازيرى تستدعى فى الغالب تنوعات تختلف باختلاف المجلس والحالة الراهنة والسير والشدة للداء فالاحتقانات الغير المؤلمة فى العقد الليمفاوية تعالج ببعض المستحضرات

التى ذكرناها فتعين نتائج العلاج العام وذلك كالدلك بمرهم يودور البوتاسيوم ويودور الامونيالك اى النوشادر ويودور الرصاص ويودور الزيبق ووضع لزق محلله والدياخليون والقونيون والصب من مياه البحر والمياه القلوية والضمادات المحللة اووضع الصوف اوالحبر المصمغ واكد بعضهم انه نال نتائج جليلة من الكهربائية فتكون كواسطة محللة للاورام الخنازيرية وذكر بعضهم جملة امثلة تثبت ان تلقيح المادة الجدرية على الاورام العقدية المزمنة قد يفيد تحللها ومع ذلك ينوع ايضا تنوعا نافعا الحالة العامة للشخص المخنزر فاذا استعصى الورم على الوسائط الموضعية المنضمة للوسائط العامة وبقى على تيبسه الاسقيروسى ازيل بالآلات كما اوصى بذلك بعضهم فاذا هدد بالتقيح انتظر تقيحه من نفسه وذلك اولى من فتحه بالآلات القاطعة وتستعمل الغسلات القلوية اواليودورية اوالزروقات التى من تلك الانواع اومن مطبوخ اوراق الجوز اذا كان هنالك انفصال للجلد عن ما تحته اوطرق ناصورية وفى بعض الاحوال يضطر لاستخراج المادة المتجددة اوالدرنية الحافظة للتقيح والتقرح بملعقة صغيرة ومثل تلك الوسائط تستعمل ايضا مع بعض تنوعات موافقة لتنوع طبيعة العوارض فى الاورام العظمية والسمحاقية اوالتسوسات الخنازيرية غيران بعضا منها حصل منه زيادة منفعة فى الآفات الخنازيرية الجلدية كمرهم يودور الزيبق ونترات الزيبق الحمضى فى الاحوال التى ظهر فيها تولدات ومن المعلوم ايضا ان الرمد الخنازيرى من اشد الاعراض استعصاء واثقلها ويعالج بما سيأتى لنا ذكره فى امراض الاعين وكذلك السيلان المخاطى من الاذن اوالانف اوالفرج يعالج بزرق الماء اليودى اوالكلوروري ولكن ينبغى ان تعلم ان هذه الوسائط سواء العامة اوالموضعية انما هى ضعيفة اذا لم تساعد بالوسائط الصحية

وخلاصة ما سبق ان نقول اعظم الوسائط المستعملة فى هذا الباب هو اليود ومركباته فتعالج الحالة العامة للخنازير بالمشروبات والاستحمامات اليودية وتدلك وتغطى الغدد المحتقنة التى فى العنق اوغيره من اقسام الجسم بالمرهم

اليودى البوتاسى لينال تحليلها وشوهد مثل تلك النتيجة من يودور الرصاص
لكن اكثر نفعا هذا الاخير فى التغيير به اذا تقرحت الغدد فاذا كانت التقرحات
مؤلمة واريد استعمال مرهم ادر يودات البوتاس اليودى مزج نصف درهم
او درهم من اللودنوم اى روح الافيون مع اوقية من المرهم وكذا يؤمر
بغسلات من الماء المتحمل من اليود اذا اريد تنبيه الاسطحة المتقرحة اوكيها
كما يستعمل فى الرمد الخنازيرى قطورا يوديا لازالة انتفاخ الاجفان والاحمرار
الباهت فى العين والتدمع والنكت ونحو ذلك مما يستعصى على غير
ذلك من الوسائط وكما عولج بتلك المستحضرات ايضا مع النجاح انتفاخ العقد
الماساريقية وكذا الاورام البيضاء الخنازيرية على حسب ماذكره لوجول
وامر حينئذ بان يلازم المريض الرياضة ويترك الراحة وكيفية تحضير الماء
اليودى الذى استعمله لوجول ان يؤخذ من اليود النقى قمحة ومن ملح الطعام
ثنتا عشرة قمحة ويهرس اليود فى درهم من الكؤول ثم يضاف عليه رطل من
الماء المقطر ولما رأى لوجول ان هذا الماء المعد فى ذهب لونه سريعا وتكون منه
جزء عظيم من الحمض ادريوديك ابدله بتحضير آخر من اليودور اليودى ومع
ذلك يصح استعمال هذا الماء المعد فى عقب تحضيره حالا ويصح ان يبدل
الكؤول واليود المنفصلين عن بعضهما بصبغة اليود فاذا اضيف على رطل
من الماء المقطر محتو على ثنتى عشرة قمحة من كلورور الصوديوم عشر نقط
او اكثر الى عشرين من الصبغة حصل من ذلك محلول يستعمل بالمناسب
والصبغة الكؤولية اليودية تحضر بثمان واربعين قمحة من اليود لاوقية
من الكؤول فعشرون نقطة من هذه الصبغة تحتوى على قمحة من اليود فيفعل
منه مشروب مقبول يعطى منه اربع نقط او خمس او ست او عشر او اكثر
فى مرة اومرات فى اليوم توضع فى ملاعق من مشروب محلى والمراهم اليودية
قد تحضر من اليود الخالص بقدر قيراط اى اربع وعشرين قمحة فى اوقية من
الشحم الحلو الجديد ويقلل مقدار اليود او يزاد فى مقدار الشحم للاشخاص
الذين يتهيج جلدهم بسهولة واما اليودور فمنه يودور الكبريت الذى يحضر بمزج

اربعة

اربعة اجزاء من اليود بجزء من الكبريت المصعد ويوضع المخلوط فى قنينة
ويسخن قليلا فالزائد من اليود ينفصل ويبقى اليودور سنجابيا ابريا يتحلل
تركيبه بالماء بسهولة واستعمل بيت هذا اليودور دلكا فى الآفات الدرنية
فى الجلد بان يمزج خمسة اجزاء من يودور الكبريت بخمسة وثمانين جزأ من
الشحم الحلو ومنها يودور الباريوم بان يرسب ادريودات الحديد بمقدار مفرط
من كربونات الباريت ثم يصعد السائل الى الجفاف ثم يحل فى الماء ويرشح السائل
ويصعد على النار فيبقى منه مايكون على شكل ابرحريرية اومفشورية قابلة
لتشرب الرطوبة وطعمها كريه مغث واستعمل بيت هذا اليودور دلكا
فى الاحتقانات الخنازيرية فرهم منه اربع قمحات مع اوقية من الشحم الحلو
ويصح ان يزاد فى كمية الملح واما يودور البوتاسيوم المسمى عند الكيماويين
ادريودات البوتاسة فهو المستعمل بالاكثر ويحضر بان يسخن مخلوط اربعة
اجزاء من اليود مع جزءين من الحديد النقى وعشرين جزأ من الماء فى قنينة
فيتم الاتحاد حالا وتتصاعد حرارة كثيرة فيذهب اليود ويكتسب السائل لونا
احمر ناصعا وفى مدة ذلك يتكون ادريودات الحديد ويعرف من ذهاب لون
السائل اتمام العمل ويمكن تأكيد ذلك ايضا بعدم تلون الورق الابيض منه
باللون الاحمر فحينئذ يصفى السائل ثم يمد ببعض ماء ويوضع على حمام رمل
فى جفنة اوقنينة حتى يقرب للغلى فحينئذ يضاف عليه كربونات اوتحت
كربونات البوتاسة الى ان لايرسب شئ من اوكسيد الحديد ثم يصفى من جديد
ويصعد السائل فيحصل منه بالتبريد يودور البوتاسيوم فيحل فى الماء المقطر
ويرشح ويصعد ويبلور من جديد وذلك كله لاجل ان يصير نقيا فاذا اريد
استعماله يحل نصف درهم منه فى اوقية من الماء فيحصل من ذلك سائل يعطى
منه خمس نقط اوعشر اوخمس عشرة الى عشرين ثلاث مرات فى اليوم
فى مشروب مناسب وامروابه دلكا بان يخلط نصف درهم منه مع اوقية ونصف
من الشحم الحلو ويمكن ازدواج كمية الملح ويعمل من هذا الملح سائل كونديت
ويحضر منه المياه المعدنية الصناعية اليودية التى استعملها لوجول حمامات

ومشروبات وها هى المقادير التى استعملها هذا الطبيب لتلك المحلولات لاجل استعمالها من الباطن على هذا النمط

	نمرة ١		نمرة ٢		نمرة ٣
يود	٣/٤	قمحه	١	قمحه	١ ١/٤ قمحه
يودور البوتاسيوم	١ ١/٢	قمحه	٢	قمحه	٢ ١/٢ قمحه
ماء مقطر	٨	اوقية	٨	اوقية	٨ اوقية

وهذا الماء لونه اخضر جميل وهو شفاف وتشربه الاطفال بسهولة ويمكن تحليته لهم ولكن ينبغى تحضيره وقت ارادة استعماله فاذا اعطى المحلول الاول لطفل فى يومين او اكثر فقد اعطى له مقدار من اليود تحمل مثله الاطفال الصغار فاذا علم ان من المناسب زيادة المقدار او كان الطفل مقدما فى السن استعملت المحلولات الاخر حتى اذا اعطى المحلول الثالث يكون المعطى منه فى اربع وعشرين ساعة محتويا على قمحة وربع من اليود وتزاد الكمية اذا رأى الطبيب مناسبتها لكن الغالب ان لا تزيد عن قمحة ونصف وها هو مقدار آخر للسائل اليودى

يود	قيراطان اى ٤٨ قمحة
يودور البوتاسيوم	قيراط واحد
ماء مقطر	ثمان اواق

ذكر لوجول ان هذا المحلول يحتوى على جزء من اليود فى اربعة وعشرين جزأ فاذا صب على ستة عشر رطلا من الماء المقطر حصل من ذلك اثنان وثلاثون زجاجة كل زجاجة تحتوى على ثمان اواق من هذا الماء المعدنى اليودى الذى هو اول نمرة واذا نقص الماء المقطر الربع حصل الماء المعدنى الذى فى النمرة الثانية فاذا اريد استعمال ما يسمى بالسائل اليودى صح ان يؤمر من هذا بنقطتين او اكثر الى عشر نقط فى الصباح على الريق قبل الغداء بساعة فى نصف كوبة من ماء محلى بالسكر فيعطى من نقطتين الى خمس مرتين فى اليوم للاطفال الذين عمرهم اقل من سبع سنين ومن ست الى عشر فيمن عمرهم

فى السبع

فى السبع الثوانى من الحياة ولا تزاد الكمية تدريجا الى ست وثلاثين نقطة فى مرتين او ثلاث او اربع فى اليوم الا للبالغين الذين يتحملون ذلك ويحضر المرهم اليودى بان تمزج اوقية من الشحم الحلو بقيراطين من يودور البوتاسيوم واربع قمحات من اليود وربما زيد فى مقدار هذين الجوهرين الاخيرين حتى يصير مزدوجا وبذلك يصير مهيجا كاويا لكن قد لا يتم هذا المرهم الامور التى يستدعيها العلاج من الظاهر فلذلك ركبت غسلات وقطورات وزروقات وحمامات موضعية وضمادات من محلولات يودية مناسبة بان يحل فى كل رطل من ماء مقطر مقدار من ثلاث قمحات الى ثنتى عشرة من يودور البوتاسيوم وربع قمحة من اليود ويصح ان تنوع مقادير هذا المحضر ويمكن باضافة مقدار من المحلول المذكور فى الماء ان تحضر حمامات موضعية وان تمزج كمية قليلة منه فى ضماد من دقيق بزر الكتان او غيره ليصير ضمادا محللا يوضع بمنفعة على الاورام الخنازيرية لاجل تحللها واستعمل لوجول ماء ممتلئا من اليود لمس القروح الخنازيرية وتنبيه الجلد وسماه بالمحلول اليودى المحمر ولتحضير ذلك يؤخذ ست اواق من ماء مقطر ويحل فيها اوقية من يودور البوتاسيوم واربعة دراهم من اليود واذا زيد فى كمية الجوهرين صار كاويا وبالغ لوجول فى تأثير الاستحمامات اليودية فى علاج الآفات الخنازيرية وامر للبالغين بان يزاد على ماء حمام كاف لاستحمامهم محلول مكون من مقدار من اربعة دراهم الى ثمانية من يودور البوتاسيوم ودرهمين الى اربعة من اليود فى ست اواق من الماء المقطر وقلل مقدار هذا المحلول للاطفال لقلة مقدار ماء استحمامهم فربما كفى لماء استحمامهم مقدار من قيراطين الى اربع من اليود ودرهم الى درهمين من يودور البوتاسيوم

الباب الرابع عشر
فى امراض الاعين وعيوب تكونها

فى هذا الباب فصلان

الفصل الاول
فى نمو الاعين وعيوب تكونها

الاعين يبكر ظهورها فتكون على هيئة نتوات فى محلها الاعتيادى لكن لاتكون آلية بحيث تتم الابصار الا فى آخر الحمل لانها تكابد على التتابع تغيرات توصلها ببطئ لتمام آليتها والاجفان تكون ملتصقة ببعضها الى الشهر السابع ففى الابتداء تكون الصلبة رقيقة جدا وزائدة الشفافية والقرنية التى يبكر ظهورها تكون اولا رخوة معتمة ولا تصير شفافة صلبة الا فى الشهر السادس وتلامس فى الابتداء الوجه المقدم للبلورية وكلما افرز السائل المائى اخذت فى الانفصال عنه والقزحية تكون منسدة الى الشهر السابع تقريبا بالغشاء الحدقى الذى ينشق بعد ذلك من وسطه وينقبض من مركزه الى دائرته بواسطة تأثير هيئة اوعيته التى يتكون منها عرى متضادة غير ملتصقة بحدبه وانما هى مجاورة له وقد شرح هذه الهيئة جيدا كلوكيه ثم اذا انفتحت الحدقة تأتى الرطوبة المائية التى كانت موضوعة خلف القزحية حتى تدخل ايضا بين القرنية والقزحية ويتكون منها المسافة التى تسمى بالخزنة المقدمة والرطوبة الزجاجية تكون فى الابتداء محمرة ثم تفقد لونها شيأ فشيأ حتى تصير لها شفافيتها الخاصة بها والبلورية تكون فى الابتداء سائلا محويا فى شبه كيس رقيق جدا ثم تأخذ فى التخن شيأ فشيأ مع كونها لم تزل حافظة لشفافيتها وتتشكل بشكلها العدسى ودوام التصاق الجفنين ببعضهما يقوم منه عيب تكون ينبغى معالجته فى الازمنة الاول من الحياة بان يفصلا عن بعضهما من الخط الذى ترسمه الحوافى المتلاصقة فى محاذاة الالتصاق والكتركتا الخلقية وعدم انثقاب القزحية يستدعيان عمليات جراحية من الحزم ان لا تفعل الا بعد ان يمضى دور الارضاع ولنحل شرح هذه الداآت وعملياتها على كتابنا الذى عملناه فى امراض الاعين فان فيه الكفاية

وعيوب التكون فى مقلة العين وجحوظها كثيرا اوقليلا وصغرها وانضغاطها وانضمامها بالعين الاخرى واختلاط العينين حتى يصيرا عينا واحدة موضوعة على الخط المتوسط للوجه ويسمى ذلك التشوه حينئذ بالعين الوحيدة جميع ذلك يحصل فى الغالب من عيب فى تكون الحجاجين بحيث ينضغطان او يتشوه

تركيبهما

تركيبهما او ينضمان الى حجاج واحد فى حالة ما اذا كان هناك نشوء فى عظام الجمجمة او فى الحفر الانفية

وفى وقت الولادة يتم كمال جميع الاجزاء المركبة للعين بحيث يتم الابصار واما عدم كمال الاجزاء فناشئ يقينا من عدم كمال بنية المخ فكلما اخذ المخ فى التأليف اخذ الابصار فى الكمال فمحور الاعين الذى كان اولا غير محدود يشخص للاجزاء المحيطة بالطفل وذلك الطفل له ميل عظيم للاجسام المضيئة ولذلك ينبغى حينئذ الحذر من وضع الطفل بحيث تكون اعينه فى محل ينزل عليه الضوء بانحراف ويلتزم الطفل بان يزيغ المحور البصرى عن اتجاهه الاعتيادى ويتخذ ذلك عادة له طول حياته حتى يقوم منه ما يسمى بالحول انظر كتابنا فى امراض الاعين

الفصل الثانى
فى امراض الاعين

نذكر فى هذا الفصل لتلك الامراض ستة مباحث

المبحث الاول
فى الرمد القيحى فى المولودين جديدا

الرمد القيحى عموما مجلسه الذاتى فى الملتحمة ويبتدأ عادة بجزئها الذى يغشى الوجه الخلفى للاجفان ويعرف بافراز كثير مرضى من الغشاء الملتهب ويستولى بسرعة على المنسوجات التى تحت الملتحمة ويظهر بالاكثر على ثلاثة احوال مختلفة اولا فى المولودين جديدا وثانيا فى الاطفال والبالغين الخالين من السائلات البلينوراجية وثالثا فى المصابين بتلك السائلات البيضاء فهو وان كان واحدا فى تلك الاحوال الثلاث باعتبار الطبيعة الا ان له اختلافات باعتبار الشروط اللازمة لظهوره بها يتنوع الى تلك الانواع الثلاثة يخصنا منها هنا الرمد القيحى فى المولودين واما بقية الانواع فموضحة جيدا فى كتابنا فى امراض الاعين

اسباب الرمد القيحى فى المولودين * يعسر جدا ان نوضح اسباب الرمد

فى المولودين لكن ينبغى ان يعتبر من اسبابه طول الولادة وعسرها والانضغاط
الذى يكابده رأس الطفل وذكروا من اسبابه الغالبة ان تدخل فى ملتحمة الطفل
وقت الولادة مادة السيلان المهبلى البلينوراجى اواللبقورى لكن ليس ذلك
وحده هو السبب له كما زعمه بعضهم لان هناك اطفالا ولدوا بهذا الداء من
امهات سليمات من ذلك السيلان وذكروا ايضا ان مما يعين على ظهوره التغذية
الرديئة والسكنى فى الاماكن الرديئة الهواء والبرد والرطوبة وعدم
الاحتراسات الطبيعية والوساخة ويظهر ان اجتماع عدد كثير من الاطفال
فى المارستانات او بيوت تربية الاطفال يهيئهم لذلك الرمد لانه قد يتسلطن
هناك تسلطنا وبائيا اكثر من تسلطنه فى المدن وشوهد انه يصيب بالاكثر
اصحاب البنية الضعيفة والذين يولدون قبل تمام اشهرهم والتوءمين وهو وان كان
قد يظهر بالعدوى الا انه فى كثير من الاحوال يظهر انه غير متعلق بذلك
الاعراض والسير * الغالب ان المرض يبتدأ ظهوره فى الثالث بعد الولادة واول
علامة تظهر كما قال بارون هو ان تبدل الثنية المستعرضة التى فى الجفن العلوى
بخط بارز احمر كالح والاجفان عند ذلك تكون ملتزقة ببعضها قليلا اذا استيقظ
الطفل من النوم وتحمر حوافيها السائبة ويظهر ذلك الاحمرار بالاكثر فى مجمعها
الانسى ويظهر ان العين لا تقدر على تحمل الضوء الا بعسر لان الطفل حينئذ
يدير رأسه للجهة المقابلة له واذا بحث فى حالة الملتحمة الجفنية بخفض الجفن
السفلى او تبعيد العلوى عن المقلة شوهد كونها حمراء كانها خملية مغطاة بطبقة
رقيقة من سائل مبيض وينبغى الانتباه لتلك الاعراض سواء وجدت منعزلة
او مجتمعة لان سير هذا الداء كسير المخادع فاذا لم يوقف لم يكن منع تقدماته
المسريعة التى يستولى بها على منسوجات العين وذلك لان العوارض لم تلبث
قليلا حتى تزيد شدتها بسرعة فالاجفان تنتفخ وتصير متوترة حمراء بارقة والعلوى
خصوصا يكتسب زيادة فى الابعاد اى الاقطار بحيث يسقط امام السفلى
ويغطيه ويمتد الالتهاب من الملتحمة الجفنية الى الملتحمة العينية فيصير لونها
كلها احمر قرمزيا ومنظرها خمليا بحيث شبهها سونديرباحمرار الغشاء المخاطى

المعدى لطفل صغير فتكون محتقنة احتقانا شديدا ويكثر ناتج الافراز المخاطى القيحى بحيث ينتشر على الخد واذا منع التصاق الاجفان سيلان المادة من ذاتها وفك جزء من ذلك الالتصاق خرج منها ذلك السائل دفقا واما كراهة الضوء فتشتد بحيث ان الاطفال مع تقارب اجفانهم لبعضها وانتفاخها والتصاقها يقطبون حواجبهم ويقبضون العضلة المستديرة الجفنية كأنهم يعارضون بذلك وصول الضوء لعمق العين ويحصل من ذلك الانقباض مقاومة عظيمة اذا اريد تباعد الاجفان ليبحث فى حالة العين بل ربما انتج عند ذلك انقلابها وفى بعض الاحيان ايضا يحصل هذا العارض فى الاجفان من نفسه فيكون حينئذ ناشئا من ثخن الملتحمة العينية فى محاذاة الثنية التى تتكون من هذا الغشاء عند ذهابه من العين للجفن لان الانتفاخ هناك يحصل باطلاق اى بدون ان يمنعه شئ فيحدث منه حوية تكون فى الغالب عظيمة جدا بحيث تجاوز محاذاة الغضروف الضفيرى فاذا انقبضت العضلة المستديرة الجفنية ووضعت الاجفان على العين دفعت تلك الحوية الحوافى السائبة لتلك الاجفان فيحصل من ذلك شترة خارجة وهذا الانقلاب باى كيفية كان حصوله قد يكون وقتيا وقد يمكث زمنا طويلا وعلى كل حال يمكن بالبحث فى حالة الملتحمة الجفنية ان يشاهد فيها تحببات واضحة يذكرون انها مكونة من زيادة نمو الغدد المخاطية

ومادة السيلان يختلف لونها وقوامها باختلاف ازمنة الداء فاولا تكون رقيقة مبيضة ثم يزيد قوامها تدريجا ثم تصير مخضرة او مصفرة او صفراء خالصة وانما يسهل مشاهدة ثخنها ولونها وكميتها بالاكثر فى الصباح اذا انفك التصاق الاجفان وسال ما انفرز فى الليل وتجمع بينها وبين العين واحيانا يفيض السائل مدة لحظات فى كل صباح يحصل من الطفل او عندما يبعد اجفانه عن بعضها ومع ذلك لا يسيل كله ابدا وانما يبقى منه دائما طبقة ثخينة بحيث يضطر لغسلها بواسطة سلبسول ماء فاتر خارج من نحو حقنة حتى يبحث جيدا عن حالة المقلة ومادة السيلان فى الحالة الثقيلة تكون مدممة مخلوطة بخطوط دموية

ويندر ان لا يمتد الالتهاب للقرنية الشفافة بل واعمق منها لكن من المشاهد ان منسوج القرنية لا يبتدأ فيه التغير الا اذا حصل الافراز القيحي وذلك يدل على ان سبب هذا العارض هو ملامسة المادة الصديدية وعلى كل حال فالقرنية التي كانت شفافة الى حصول السيلان تتكدر حينئذ وذلك التكدر في ابسط الاحوال يقوم منه غمامة تختلف سعتها وتزول بزوال الالتهاب ولكن الغالب ان الداء يترك بعده آثارا عميقة كالنكت الثخينة والنتو الجزئي او الكلي الذي هو نتيجة لينها ولا يندر مشاهدة اجتماع تلك التغيرات المختلفة مع آفات مختلفة في القزحية كفتوقها او التصاقها بالقرنية بسبب الانثقاب التقرحي في تلك القرنية وكانسداد الحدقة ونحو ذلك وفي بعض الاحوال يكون فساد القرنية عظيما بحيث ان العين تستفرغ بالكلية ويخاف من تلك النتيجة بالاكثر اذا كان الالتهاب شديدا جدا والسيلان مدمما او معرقا بالدم والغالب انه لا يمكن الحكم بالفساد الحاصل من الداء الا بعد انقطاع الالتهاب ونقص التهيج والانتفاخ بحيث يتيسر فتح اجفان الطفل واحيانا يتيسر مدة النوم تبعيد الجفنين عن بعضهما وان كان الالتهاب موجودا ايضا فتعرف تغيرات القرنية وغيرها من الاجزاء المركبة للعين ورمد المولودين لا يبقى في اغلب الاحوال موضعيا وانما يظهر معه حمى وتكدرات مختلفة في الهضم وتلك الاعراض تكتسب احيانا خصوصا في المارستانات ثقلا بحيث تسبب سقوط الطفل وموته وانذار هذا الداء يكون في الغالب ثقيلا فان الشفاء التام نادر وانما الغالب ان يترك بعده بعض نكت على القرنية وانخرامات غيرقابلة للشفاء وفي بعض الاحوال ربما سبب الموت فاذن يكون من المهم جدا ايقاف تقدماته بعلاج مناسب ومدته تختلف كثيرا فان كان بسيطا كانت بعض ايام وان كان مضاعفا بتغيرات عضوية جاز ان يبقى اسابيع او اشهرا

العلاج * اذا نودي الطبيب للمريض في ابتداء الداء وذلك نادر لان الداء في الابتداء تكون اوصافه قليلة الثقل وابتداء حصول الافراز المخاطي القيحي وكانت الملتحمة حمراء منتفخة لزم ان يستعمل علاجا مضادا للالتهاب

فالعلق

فالعلق على الصدغ او على مركز الجفن العلوى وهو الاحسن يعد من احسن الوسائط التى يمكن استعمالها ولكثرة وعائية المنسوجات فى المولودين يكفى غالبا علقة واحدة توضع على المحل الذى ذكرناه او فى الزاوية الوحشية للعين كما يفعل بارون فتحرض فقد مقدار عظيم من الدم ومع ذلك يحفظ البطن مطلوقا بواسطة ملين اى مسهل خفيف كزيت الخروع والكلوميلاس وكثيرا ما تغسل الاعين بان يصب عليها من انبوبة حقنة سائل ملطف قابض كمحلول خلات الرصاص فاذا ازالت شدة الالتهاب وحصل الافراز المرضى لزم وضع حراقة على الذراع ويداوم على استعمال المسهلات و يبدل محلول خلات الرصاص بمحلول اكثر قابضية كمحلول الشب الذى امر به لورنس فان ذلك نافع

فهذه هى اساس العلاج الذى امر به معظم المؤلفين لمقاومة هذا الداء فى المولودين وظنوا ان ذلك كاف للتحرز من النتائج الثقيلة له اذا بودر بعلاجه قبل ان تلين القرنية وتتقرح وتنثقب بل قال لورنس الاحوال التى لم يستول الالتهاب فيها على الملتحمة العينية يقتصر فى علاجها الموضعى على محلول الشب والامر بالمغنيسيا من الباطن وهذه الطريقة هى التى استعملت فى تسعة واربعين من خمسين ما فيهم احد ممن ابتدأ فيه العلاج قبل استيلاء الداء على القرنية فقد بصره والعادة ان يستعمل فى بيت الرمداء محلول قمحتين او ثلاث او اربع من الشب لاوقية من الماء وتزاد كمية الشب تدريجا ويلزم ايضا ان يزرق هذا الماء بين الاجفان ثلاث مرات او اربعا فى اليوم والليلة لاجل ان يزال جميع نتائج التقيح ثم ما دام الالتهاب غير مستول على الملتحمة العينية يصح استعمال القابضات من اول الامر ويصح ايضا استعمال محلول نترات الفضة بكمية قمحتين فى اوقية ماء وتزاد الكمية الى ست قمحات ويزرق من هذا السائل ايضا بين الاجفان وقد اعتيد فى مارستان الاطفال بمدينة فينة على وضع خرق مبتلة بالماء البارد على الدوام و ينبغى الانتباه ايضا لدهن حوافى الاجفان بالقيروطى اى المرهم البسيط او بالمرهم الوردى ليمنع التصاقها ببعضها او يفصل الالتصاق اذا كان موجودا

والغالب ان الطبيب انما يدعى للمريض بعد انتفاخ الاجفان بحيث لا يتيسر له البحث فى القرنية ولو قدر وفتح العين لوجد القرنية متكدرة او لينة او متقرحة او متقوبة فيلزم التمسك بواسطة قوية للتحرس من هذه النتائج المغمة وتلك الواسطة هى وضع نترات الفضة على الملتحمة الجفنية للجفنين وهذه العملية يحصل فيها بعض تعسر ويتسبب عنها الم شديد لكن يمكن قهر هذا التعسر بالصبر والتحيل فان الالم انما هو وقتى ويوجد فى الكى زيادة منفعة وهى ايقافه كلا او بعضا الافراز المرضى الذى بتهييجه القرنية يسبب فيها التغيرات التى ذكرناها ولا حاجة للتعمق بالكى وانما يمر بالكاوى بخفة وسرعة على جميع الوجه الخلفى للجفن وخصوصا السفلى فبعد الكى ينقص الافراز ويزول كما يزول ايضا الانتفاخ الجفنى ويمكن حينئذ ان تؤكد سلامة القرنية او عدم سلامتها ومن المعلوم ان هذه الواسطة انما تستعمل عند حصول الافراز المخاطى وقوتها عظيمة جدا فنجاحها مجرب وسيما للتحذر من التغيرات الثقيلة للقرنية حيث تهدد بمشاهدة الاعراض

واما الرمد القيحى فى الاطفال المتقدمين فى السن فهو كما فى البالغين انظره فى كتابنا فى امراض الاعين

المبحث الثانى

فى الرمد الحصبى

يظهر الرمد كظاهرة سابقة على الحصبة غالبا قبل الاندفاع الجلدى وسيره سريع ففى زمن قليل تصير الملتحمة حمراء ولكن الغالب ايضا ان تحتقن اوعية الصلبة ويعرض للمريض كراهة الضوء والتدمع فاذا كان الداء قليل الشدة زال تدريجا بزوال الاجزاء نتيجا الجلدية ولكن فى بعض الاحوال ينضم للظاهرات المذكورة ظاهرات اخر تدل على ان القرنية شاركت غيرها فى الالتهاب فتصير لامعة اى لا ينفذ منها الضوء فى بعض محال ويحصل للمريض الم ناخس فى العين ثم تصير تلك المحال معتمة واحيانا تتقرح او تتحول الى خراجات بين الصفائح وانذار هذا الداء غير ثقيل مادام الداء بسيطا فاذا انشوشت القرنية صار ثقيلا

جدا كثقل الالتهاب القرنى الذى ينتهى بالخراجات او بالتقرح فاذا كان الطفل خنازيرى المزاج لم تندر مشاهدة انتقال الداء للازمان واتصافه بصفات الرمد الخنازيرى الآتى قريبا فاذا كان فى الالتهاب بعض شدة حتى وان لم ينتقل لحالة الازمان ترك غالبا بعده فى الملتحمة استعدادا طويل المدة للاصابة بالتهابات جديدة ويصح ان يترك الالتهاب الحصبى ونفسه اذا كان بسيطا فينقص بنقص الاندفاع الحصبى ويذهب بذهابه فاذا كان مضاعفا بالتهاب القرنية عولج بعلاج هذا الداء

المبحث الثالث

فى الرمد القرمزى

القرمزية كالحصبة تحرض التهابا ملتحميا يظهر ايضا فى الغالب قبل الاندفاع الجلدى وسيره غالبا كالحصبى ثم اعراضه اثقل والتدمع وكراهة الضوء يبقيان زمنا طويلا واوعية الصلبة تتخذ لونا بنفسجيا وحجما كبيرا والتقرحات تكون اوسع وارطب فالانذار يكون اثقل ويلزم كون العلاج قويا غير انه مؤسس على ما سبق

المبحث الرابع

فى الرمد الجدرى

هو اقل كثرة من الحصبى والقرمزى لكن الغالب كونه اثقل منهما ويظهر فى احد زمانين مختلفين من سير الاندفاع احدهما ان يظهر مع ظهور ذلك الاندفاع والثانى فى دور التقشر ففى الحالة الاولى تشاهد الاجفان وحوافيها السائبة مغطاة ببثور فيها صفات البثور الجدرية التى فى غير هذا المحل فاذا كانت عديدة مجتمعة حصل منها انتفاخ فى الاجفان عظيم بحيث لا يمكن تباعدها عن بعضها لبحث فى العين وعلى كل حال كثيرا ما يكون الاندفاع البثرى مقصورا على تلك الاجزاء ومع ذلك قد يترك بعده آثارا مغمة لا تزول ومن ذلك تشاهد اشخاص ممن كانوا مصابين بذلك يمكث معهم زمنا طويلا فى حوافى اجفانهم التهاب مزمن ينتقل زمنا فزمنا لحالة حادة او تقرحات تفسد الاهداب

شيأ فشيأ وتترك بعدها آثارا مشوهة لكن الداء فى بعض الاحوال قد يمتد الى الملتحمة العينية فتصير هذه مجلسا لبثور شبيهة بالتى تظهر على بقية الجسم فاذا كان مجلس البثور كما هو الغالب فى جزء الملتحمة المغطى للقرنية امتد الالتهاب لهذا الغشاء فيعقبه فى الغالب لين او تقرح او تقيح ولذلك تشاهد نكت ونتوات فى القرنية وفتوقات فى القزحية والتصاقات فيها بالقرنية وانسداد فى الحدقة وغير ذلك من التغيرات العضوية التى تنتج غالبا العمى الغير القابل للشفاء وفى اغلب الاحوال لا يمكن من انتفاخ الاجفان البحث فى العين لتحقق وجود هذه البثور وانما يظن وجودها اذا حصل للمريض آلام شديدة تمتد لداخل الرأس بواسطة سعيها العمق الحجاج وكانت تزيد مدة حركات العين فيتجدد الاحساس بجسم غريب بينها وبين الاجفان وكذا اذا زادت من وقوع الضوء على العين بل ومن نفوذه من الاجفان المحتقنة او كان يعرض للمريض سيلان كثير للدموع اذا فتح اجفانه بعض افتتاح

ونتائج الرمد الجدرى تكون مقصورة على الاجفان وشدة الاخطار التى تصحب الرمد المستولى على الملتحمة العينية وسيما القرنية هى التى غرت الاطباء حتى امروا لمقاومة ذلك بوسائط قوية فلذلك امروا بالفصد العام والموضعى اذا تحملته بنية المريض ويكرر ذلك وبالمسهلات وبالجملة اوصوا بالعلاج الاعتيادى للرمد الحاد جدا بدون ان يلاحظ معه وجود هذا الاندفاع الجلدى والتهيج المعدى المعوى اللذان يتكدر سيرهما يقينا من ذلك ويثقلان بهذا العلاج ولكن الذى نراه ان الاولى والاقوى كما اوصى بليار ان تشق البثور وقت تولدها بسن مشرط وتكوى بنترات الفضة ليقف نموها

والرمد الجدرى التابعى الذى يظهر مدة تقشر البثور الجدرية يكون غالبا اقل ثقلا من السابق فالبثور التى تظهر على العين تكون اصغر واكثر تفرطحا واقل عددا والتى على القرنية تكون مجرد نكت بيضاء فى الابتداء محاطة بدائرة حمراء ثم تصير تلك النكت صفراء اذا انتفخت واختلطت بالنكت القريبة لها اذا وجد منها جملة ونمو هذه النكت يصحبه احتقان او عية الصلبة والتدمع وكراهة الضوء

ولكن هذه الاعراض تكون اخف مما فى الحالة السابقة وتغيرات التركيب التى يتركها فى القرنية تكون فى الغالب مقصورة على آثار بيضاء تزول شيأ فشيأ وهو يستدعى علاجا مثل علاج النوع السابق

المبحث الخامس

فى الرمد الخنازيرى

هذا الرمد وان كان بطئ السير الا ان نتائجه محزنة اذا ترك ونفسه وهو داء يعسر مقاومته ويظهر غالبا فى الاطفال الصغار كعرض اولى للخنازير واحيانا يسبقه احتقان فى عقد العنق فيشاهد فى الابتداء بطئ فى حركات المقلة ويتبع ذلك التهاب خفيف فى الملتحمة مصحوب بثقل اوالم وتبقى هذه الحالة من اسبوع الى شهر بل اكثر وتكتسب الملتحمة سريعا بدون سبب معروف احمرارا شديدا مصحوبا بتدمع مستدام ولا تقدر المرضى على تحمل ضوء النهار او المصابيح ولو الضعيفة والاجفان تتكرش وتنقبض بحيث لا يمكن فحصها الا بعسر وتنتفخ حوافيها السائبة وتتلوث برماص ثخين وتكون القرنية منتفخة بحيث تكون عليها حوية يعسر ان تشاهد الحدقة من مركزها وتغطى هذه القرنية والملتحمة بثور مبيضة دخنية متفرقة عن بعضها تتمزق فتحصل منها قروح صغيرة فى الابتداء لكن لم تلبث قليلا حتى تختلط ببعضها فيعظم حجمها وتحتقن عقد العنق ببطئ فتخفض الاطفال رؤسها وتنتفخ اجنحة الانف والشفتان وتصير حمراء بارقة

وهذا الداء من اشد الاعراض الخنازيرية استعصاء واثقلها وعلى رأى اسكارباو وغيره انه يزيد بالافصادات العامة والموضعية والوضعيات والحراريق والاخزمة وانما علاجه هو ترك ما يزيده فتبعد عن الطفل الاغذية العسرة الهضم كاللحم الاسود والمدخن والمملح والدسم والنباتات والاثمار الفجة وتفاح الارض الذى هو شبيه الكمأ ونحو ذلك من البقول الدقيقية وتهجر الراحة والبطالة والاقامة فى الاماكن الرطبة والآجامية فان هذه كلها تحفظ الرمد الخنازيرى اوتزيده وقال بعض المحققين ان وسائطه هى وضع بعض علق

خلف الاذنين والحمامات القدمية المتكررة والمسهلات اللطيفة كالكلوميلاس والغسلات من منقوع الخس البرى المؤفون اذا ظهر الداء بحالة حادة فاذا ذهبت حدته وصار مزمنا استعمل مع النفع قطور مركب من قمحتين من كبريتات الكادميوم واربع قمحات من خلاصة البلادونا فى ست اواق من اى حامل كان ثم فيما بعد اذا بقى شئ من نتائج الالتهاب على القرنية كالنكت مثلا عولج اما بنفخ الكلوميلاس او بالتقطير كل يوم من روح الافيون السائل لسيدنام انتهى واوصى آخرون باستعمال الراوند وطرطرات البوتاسة منضما مع الطرطير البوتاسى الانتيمونى بكمية يسيرة اذا سمحت بذلك حالة المعدة فاذا لم يكن الرمد شديدا حصل النفع من الكينكينا مسحوقة او مطبوخة او منقوعة نقعا باردا وكذا خشب الانبياء او صمغه وامر بعضهم بكبريتور الانتيمون وبخلاصة القونيون منضمة مع خلاصة الكينكينا ومع ثانى اوكسيد الحديد الانتيمونى وكذلك بلوع بريسان المركبة من المورديات الزيبقى البسيط والزنجفر الصناعى وامروا ايضا بماء الكلس بكمية نحو ثلاث اواق فى اليوم فى الصباح على الريق مخلوطة بمثلها من مرق الدجاج وكذا بحمام البحر فى الفصول الحارة وبالدلك الجاف بصوف الفلانيل وينبغى الانتباه لنتائج هذه الادوية وان تغسل الاعين كثيرا بمطبوخ اوراق البنج والخطمية المغلية فى اللبن مع اضافة بعض نقط من الماء النباتى الحيوانى ومما لا يخلو عن نفع اذا استعمل فى وقته مرهم اوكسيد الخارصينى والطين الارمنى والصبر ولا يوضع على العين رفراف اصلا وانما يوضع المريض فى محل جيد الهواء متوسط الضوء بحيث يمكنه فيه رياضة البصر لكن هذه الادوية مضرة اذا كان الرمد عرضا لاحتقان العقد الماساريقية وانما اللازم حينئذ ان لا يشتغل برمد الاعين الا بعد تسكين عوارض البطن والهم ايضا ارماد قوباوية وزهرية وغير ذلك وشرحها فى محالها

المبحث السادس

فى التهابات اخر ونتائج تحصل من الالتهابات العينية

التهاب

التهاب القرنيـة كثيرا الحصول وتترتب عليه آفات كظلمتها ولينها وتقرحها واثقابها فظلمتها تعرض هنا كما فى رمد الكبار البالغين من انصباب مادة قيحية بين صفائحها ومن ثخن جزء الملتحمة المغطى لمقلة العين فسعة تلك الظلمة مختلفة قال بليار واظن انه ينبغى ان تعد الظلمة من النتائج الاقل خطرا فى الرمد القيحى لان الغالب زوالها اذا زال الالتهاب ولين القرنية اثقل العوارض ومن سوء الحظ كثرة عروضه فاذا ابتدأ حصوله فقدت القرنيـة لمعانها وصقالتها وتتلون محال منها بلون سنجابى مائل قليلا للسمرة ويمكن ان يميز الخط الفاصل الدال على انفصال الجزء السليم من الجزء اللين ثم ينثقب مركز هذا الجزء اللين وبذلك يحصل استطراق بين الهواء الخارج والخزنة المقدمة للعين وعند حصول ذلك الانثقاب يسيل دائما من العين مقدار من الرطوبة المائية وتحصل تلك الفتحة عادة فى مركز المقلة اى فى محاذاة الحدقة وقد تكون واسعة بحيث تخرج منها البلورية التى سقطت فى الرطوبة المائية و يترتب على ذلك فقد جزء من الرطوبة الزجاجية فحينئذ تهبط المقلة اى تنخسف وتتقارب الاجفان ويفقد الابصار بالكلية وكثيرا ماشوهد بروز القزحية عن حوافى الفوهة وسدها لجزء منها فتعارض بذلك سيلان رطوبات العين والتقرح يختلف قليلا عن اللين ويعرض عادة فى محاذاة الاجزاء المعتمة من القرنية فهو يقوم من هيئة جروح اى قروح صغيرة بارزة الحوافى قليلا واكثر استدارة وانتظاما مما فى اللين ومن المعلوم ان التقرح يمكن ان يحصل منه مثل ما يحصل من اللين من العوارض التابعة فاذا نقص الالتهاب زال انتفاخ الاجفان شيأ فشيأ وقلت كثرة مادة التقيح وخضرتها وثخانتها فيتيسر للطفل تحمل الضوء ويسهل عليه فتح الاجفان ولكن تبقى الآفات التى تعرض فى اغشية العين وربما حصل للطفل العور او العمى بسبب دوام الظلمة اونتو القرنية او استفراغ رطوبات العين التى منها البلورية وتبقى الحدقة متغيرة الشكل كثيرا او قليلا على حسب ما كابدته من التصاقها بالاجزاء المحيطة بها ثم ان ظلمة القرنيـة ولينها لا يكونان دائما نتيجة الرمد القيحى

قال بليار قد رأيت جملة اطفال معهم آفات معدية معوية طويلة المدة صاروا بها فى ذبول ونحول تام واصيبوا من اول الامر بلين فى القرنية بدون ان يسبقه التهاب جفنى وبسبب ذلك اللين انثقبت القرنيـة من مركزها فخرج من ذلك الثقب رطوبات العين التى منها البلورية ولقد ذكرنى هذا اللين الذى حصـل من ذاته ماشاهده ماجندى فى كلب غذى زمنا طويلا بسكر ومات بعد ان صار فى حالة ذبول ونحول زائد قال ماجندى فظهر على عين من عينيه ثم على الاخرى ايضا قرحة صغـيرة فى مركز القرنية الشفافة واخذت فى الاتسـاع بسرعة حتى صار قطرها بعد بعض ايام اكثر من خط وزاد عمقها بنسبة ذلك ثم بعد ذلك انثقبت القرنية كلها وسالت رطوبات العين الى الخارج وصحب هذه الظاهرة العجيبة افراز كثير من الغدد المخصوصة بالاجفان انتهى فهل يقال ان عدم التغذية حينئـذ سبب من اسباب لين القرنية وامانكت القرنية التى تتركها القروح ويعسر زوالها من البالغين فانها فى الاطفال اقل استعصاء ويمكن ازالتها فى العـادة بمحلول قمحة او قمحتين من السليمانى فى اربع اواق من الماء ومما ينفع ايضا الدرور الجاف لدبويترن فاذا لم تكف تلك الوسائط اعين فعلها بمثل الحراريق والاخزمة فى القفا والمسهلات ونحو ذلك وبالجملة علاج تلك العوارض لايختلف عن مافى الكبار انظره فى كتابنا فى امراض الاعين

الباب الخامس عشر
فى يرقان المولودين

من المعلوم ان اليرقان عموما يندر كونه مرضا مستقلا وانمـا الغالب كونه عرضا لمرض فكل مرض يعوق سير الصفراء فى قنواتها ووصولها للاثنى عشرى يصح ان يعد سببا لليرقان كحصاة تسد القنـاة الصفراوية اوالكبدية اوالمرارية اوالتهاب فى الاثنى عشرى حول الفوهة التى تنفتح فيه بحيث تنتفخ المنسوجات فتسد القنـاة اوالتهاب حاد اومزمن فى الكبد شاغل لتقعيره بحيث تدخل فيه اصول تلك القنوات اوورم سرطانى اودرنى اونحو ذلك بحيث يضـغط ويسد قنوات الافراز ففى جميع هذه الاحوال لاتتبع الصفراء سيرها الطبيعى فتنصب

فى المعا

فى المعا ولم تلبث قليلا حتى تمتص وتدور فى دورة الدم وتتحول فى طرق اخر من قنوات التصعد كاوعية التنفيس الجلدى والبول فتلون الجلد والبول بلونها وقد يعرض اليرقان فجأة عند الحزن الشديد والفزع والغضب وقد يحصل ببطئ من الغم الطويل المدة والغيرة والطمع وربما حصل فجأة ايضا من الآلام العظيمة الطبيعية كالتى تصحب الخلع والتمزق ووخز الاعصاب والعمليات الكبيرة الجراحية وربما حصل من الضربات والسقطات على الرأس اوغيره بحيث يحصل للمخ من ذلك انزعاج قوى وقد يحصل ايضا من لدغ الحيوانات المسمة لكن كيف يتصور حصول اليرقان فى تلك الاحوال فهل هو نتيجة تهيج فى الكبد كما زعم ذلك بعض الاطباء اوهو اسبازموس فى القنوات الصفراوية ونقول ليس شئ منهما بمقنع نهايته ان روش ذكر لبيان ذلك رأيا جديدا فقال يظهر فى جميع الاحوال المذكورة ان المجموع العصبى المخى له فعل عظيم فانه هو الذى يكون مجلسا للانطباعات المحزنة والقوية والآلام الطبيعية والانزعاجات الشديدة والتسممات الحيوانية فهو على ذلك ينبوع اليرقان لان تلك الاشياء التى تؤثر على المخ تأثيرا قويا باستقامة يظهر اثرها فى الكبد وبذلك يتضح جيدا ظهور خراجات كبدية من تأثير جروح الرأس فظهر من ذلك ان اليرقان عموما ليس مرضا ذاتيا وانما هو عرض لمرض كما قلنا واما يرقان المولودين فيصح تبعا لبليار ان يعرف بانه اصفرار الغشاء المجلل او المنسوج الخاص لعضو او اكثر فيدخل فى ذلك جميع اصناف اليرقان المختلفة فى الشكل والمنظر والسعة والمحل فلا ينبغى تنزيل هذا الاسم على اللون الاصفر فقط لجلد المولودين لانه سيأتى لنا قريبا مشاهدة هذا اللون فى اعضاء مختلفة من الجسم وانه قد يكون موضعيا كما يكون عاما وان شدة اللون تختلف باختلاف الاشخاص

قال بليار قد شاهدت اللون الاصفر الذى يقوم منه اليرقان اربع مرات فى المخ والنخاع الفقرى فكان اللب المخى متوسط المتانة وذا لون اصفر جميل منتشر باستواء فى شخصين منهم وكان على هيئة صفائح منعزلة فى الشخصين الآخرين

وكان جوهر النخاع فى ثلاثة من تلك الاحوال اصفر ناصعا وقوامه رخوا جدا والطفلان اللذان كان مخهما مستوى الصفرة كان معهما ايضا يرقان عام فى الجلد قال وماشاهدت اصلا يرقان الرئتين وانما وجدتهما مرشحتين بمصل اصفر كثير ورأيت فى طفل صغير مصاب باليرقان منسوج القلب والتامور اصفر زعفرانيا واضحا جدا وكثيرا ماوجدت الغدة تيموس مصفرة والقناة المعوية التى كثيرا مايوجد فى وجهها الباطن لون اصفر ناشئ من ملامستها للصفراء اى المرارة وجدت مرتين فى باطنها كظاهرها لونا اصفر ووصل ذلك اللون للماساريقا وبريتون الجدران البطنية وقد جففت جزأ من جدران هذه القناة المعوية فبقى فيه هذا اللون اليرقانى جيدا وقد ذكرنا سابقا اللون الاصفر الذى شوهد خطوطا فى منسوج الرئة واحيانا يوجد فى الوجه الباطن للمثانة لون اصفر مختلف الشدة وكثيرا ما يوجد الكبد فى المولودين مصفرا بل كثيرا ماوجدته شديد الصفرة فى اطفال لم يكونوا مصابين باليرقان من الظاهر لكن ليس هو الغالب وقد تشاهد العضلات مصفرة والمنسوج الخلوى والدهن المحيط بها جيد البياض واحيانا يكون جميع المنسوج الدهنى عموما وحده اصفر وقد رأيت مرتين هذا اللون فى شحم المولودين بحيث اذا شق الفخذ بالعرض يوجد فى دائر القطع خط اصفر مستدير يكون مجلسه فى المنسوج الدهنى تحت الجلد مع ان هذا اللون لم يوجد فى الجلد الذى من الظاهر ولا فى العضلات التى فى المركز

والغالب ان يكون الجلد الظاهر هو المجلس الاعتيادى لليرقان ولونه يختلف من الاصفر الفاقع الى الاصفر المائل للخضرة ويرقان الجلد تارة يكون مقصورا على الوجه وتارة يشمل الاطراف والبدن ويمتد على التتابع من بعض هذه الاجزاء الى بعضها اويظهر فى محل بعد ان يزول من آخر وفى اليرقان الجلدى كثيرا ماتصاب الملتحمة بالصفرة ايضا لكن تلك المصاحبة فى الاطفال اقل مما تكون فى الكبار البالغين وكثيرا مايوجد المصل فى المنسوج الخلوى الذى فى بلورا التامور وفى البريتون ملونا بلون اصفر وتلون البول والمواد الثفلية

يختلف

يختلف كثيرا وتقيح الاعضاء الملتهبة كثيرا ما يعطيها ايضا لونا اصفر وكذا مصل الدم

قال بليار شاهدت ثمانين حالة من البرقان كانت الكبد والاوعية البطنية في خمسين منهم محتقنة بالدم واتفق انى رأيت اربعين حالة من الاحتقان الكبدى بدون برقان وفي الاحوال الثمانين من البرقان لم اجد الصفراء اكثر اصفرارا وازيد كثرة عن العادة الا في حالتين والغالب في المشاهدة ان برقان الجلد يعقب اللون الاحمر للجلد في المولودين وان ظهور هذا اللون يكون تدريجيا فعند ما تكون الاطفال شديدة الاحمرار يشاهد في الابتداء على سطح الجلد اصفرار يكاد ان لا يتميز عن اللون الاحمر فاذا وضع الاصبع على الجلد لم يبيض محله من الضغط وانما يصفر ثم يصير حالا احمر غير ان البرقان يأخذ في الايضاح شيأ فشيأ وفي الثالث او الرابع الى الثامن يزول اللون الاحمر بالكلية ويبقى هو بدله ثم يتبدل هو ايضا باللون المبيض او الوردى اللطيف الخاص بجلد الاطفال الصغار فاذن يظهر ان البرقان لون متوسط بين الاحتقان الجلدى في المولودين واللون الابيض الخاص بجلودهم فقد نتج من هذه الامور الواقعية اولا ان البرقان حيث كان في بعض الاحيان موضعيا لم يصح كونه ناشئا من سبب عام امتد تأثيره للمرضى بجميع اجزاء الجسم كامراض الكبد مثلا على ان لوبستين شاهد اللون الاصفر في النخاع في زمن متقدم على زمن امكان الافراز الصفراوى وثانيا حيث توجد الكبد والصفراء في حال البرقان مختلفتا الاحوال جدا يكون من العسر لتوضيح ذلك البرقان تعيين الحالة المرضية في هذا العضو او في ناتج افرازه حتى يتسبب عنها هذا الداء وثالثا حيث يوجد الاحتقان الدموى في الكبد والجلد غالبا مع البرقان يجوز ان يكون سبب البرقان هو مكث الدم في الاعضاء ورسوب مادته المصلية فيها حيث تكون غالبا صفراء وصفرتها آتية اما من الاصل الملون للصفراء كما اثبت ذلك شفرول او من ينبوع غير معروف لنا الى الآن انتهى واستنبط من ذلك ان برقان المولودين في جميع الاحوال ليس مرضا وانه ينبغى ان يترك للطبيعة علاجه ولا يؤمر

للطفل بالادوية الا اذا عرض فى سيره آفات فى الاعضاء المخية او الصدرية
او البطنية
وذكر بعض المحققين ان احتباس العقى فى القناة المعوية هو السبب الغالب لذلك
البرقان وانه كثيرا ما يحصل ايضا من اللبن العتيق الغير المناسب لقوة فاعلية
اعضاء الهضم للرضيع ومن التاثير الفجائى للهواء والالتهابات والآفات
العضوية فى الكبد وغمس المولود فى الماء البارد وانضغاط رأسه ونحو ذلك
فاذا ظهر البرقان العام فى طفل بعد الولادة كان لون جلده وملتحمته ولسانه وفمه
ومنسوجه الخلوى بل واحشائه البطنية اصفر او مخضرا او كلون الورق النباتى
الذابل ويكون ظاهر جسمه اشد حرارة وخشونة من العادة ويصفر بوله وتنفيسه
الجلدى ويرسب منهما على الخرق مادة صفراوية ويكون الثفل ايضا مصفرا
واحيانا مسودا وكثيرا ما يكون سنجابيا واما فى الاطفال المتقدمين فى السن
كالبالغين ايضا فاسبابه غالبا آتية من الكبد وتوابعه فقد نسبوا لاسبازموس
القنوات الصفراوية البرقان الذى يظهر دفعة ويصحبه وجع الفؤاد او المغص
الشديد ففى هذه الحالة يكون البطن منتفخا والقسم المعدى منقبضا ويكون
هنالك غثيان اوقىء واحيانا تشنجات ويقل البول وتكون المواد الثفلية
مخضرة والبرقان الناشىء من آفة فى الكبد كاحتقانها يعرف ببروز المراق
الايمن وصلابته وفقد الشهية وضعف الهضم واللون المزرق للوجه ونحول
الاطراف والسهر واذا كان ناشئا من التهاب الكبد كانت علاماته
هى الم فى الكبد وتوتر فيها او فى القسم الشاغلة له ويكون المريض فى اضطراب
مستدام والبطن فى الغالب منقبضا ويكون هنالك حمى وذكر الانقليزيون
وسيما اندروود ودويس فرقا بين برقان المولودين والبرقان الذى هو عرض
لآفة فى الكبد ونحو ذلك التمييز على ان الثفل فى هذه الحالة الاخيرة يكون ابيض
او مصفرا وكذلك الدموع ومستنتجات الافرازات المرضية مع ان تلك الصفات
فى البرقان المرضى انما تدل على ان ذلك اقوى درجة للبرقان الاعتيادى ولكن
لا يؤخذ منها فرق قوى بحيث تتنوع منه طرق العلاج وانما يحصل هذا

التنوع اذا عرض مرض ثقيل لهؤلاء الاطفال المصابين بالبرقان وعلاج هذا الداء يختلف باختلاف الاسباب المحدثة له فالناشئ من انغماس الطفل فى الماء البارد او من اول تأثير للهواء فيه يستدعى فقط احياء التنفس الجلدى بالدلك اللطيف باليد او بقطعة من الفلانيل وبالغسلات المتكررة بالعرق والبرقان الناشئ من طول مكث العقى فى المعا يزول باول شرب من لبن الام فاذا اعطى الطفل لمرضعة غريبة جاز ان يؤمر لتلك المرضعة ببعض محللات كماء الشعير ليقل قوام لبنها ويصح ان يعطى الطفل مصل اللبن محلى بالعسل او بشراب الشكوريا المركب او شراب زهر الخوخ الذى يحل منه اوقية او اوقيتان فى مثله من مغلى ويعطى للطفل ملعقة ملعقة بفترات حتى ينزل منه العقى فاذا كانت المعدة محتوية على موادمنبهة لزم ان يقيأ الطفل بشراب الايبكاكوانا والعلاج المناسب للقولنج والمغص وتوتر البطن المصاحبة للبرقان التشنجى فى المقدمين فى السن هو الاستحمامات الفاترة والكمادات المرخية والحقن المضادة للتشنج مع مطبوخ الخشخاش والمناسب للتشنجات والاضطرابات العصبية المتسببة عن حمضية فى الطرق الهضمية استعمال المغنيسيا واما المتسبب عن احتقان الكبد فاوصوا له بالجواهر المرة ونباتات الطائفة الشكورية ومطبوخ جذر العروق المسهلة المسمى باسياذس ويضمد المراق الايمن بلب النباتات المحللة كاب النبات المسمى ادريون المسمى ايضا لفت الشيطان والكرمة البيضاء فاذا كان ناشئا من التهاب الكبد شفى بعلاج هذا الالتهاب وبالجملة يعالج البرقان بعلاج اسبابه المحدثة له

الباب السادس عشر
فى المنسوجات العارضة للمولودين

المنسوجات العارضة الغير المشابهة لما فى البنية نادرة جدا فى المولودين لان الظاهر كونها مستنتجات اعتيادية للتنوعات العضوية التى تحملها التغذية لمنسوج الاعضاء مدة الحياة قال بليار ولم اجد الا نوعين من المنسوجات العرضية فى جثث المولودين الذين فتحوا على يد الطبيب بارون سنة ١٨٢٦

وهما الاسقيروس والدرن ومن الغرابة انى وجدت الاسقيروس فى بعض اعضاء لم يشاهد فيها الى الآن فى الكبار البالغين اعنى منسوج القلب وذلك ان طفلا عمره ثلاثة ايام دخل بيت اللقطاء فى الرابع من نوفبر ومات فى اليوم التالى وما فحصت جثته الا بعد موته باربع وعشرين ساعة فكان ظاهره سمينا وجلده بنفسجيا ووجد فيه احتقان ضعيف فى القناة المعوية مع سلامة الرئتين وكان القلب فى حجمه الاعتيادى غيران فى جزئه المقدم على الخط الذى بين البطينين ثلاث نتوات مبيضة مختلفة الحجم مفرطحة من الامام ومتقاربة لبعضها جدا واكبرها حجما هو القريب لقاعدة القلب والمتوسط الحجم يقرب لطرف العضو وكانه مقطوع من احد حوافيه واصغرها كان بين الاثنين السابقين وهى مندغمة فى سمك جدار البطين الايسر والحاجز بين البطينين ووجهها الغائر بارز من الوجه الباطن لتجويف القلب واذا شقت سمع للمشرط فيها صرير وتظهر فى قطعها الياف متصالبة تصالبا ضيقا منظرها وشكلها يشبهان ما فى المنسوج الاسقيروسى ولكن اذا لامست الحمض النترى يتكرش جوهرها حالا ويسود ويحصل مثل ذلك ايضا اذا القيت على الفحم المتقد حيث لا تذوب كما يحصل ذلك فى الشحم ولا ينطبع منها نكت على الورق الغير المنشى ولو دلك بها زمنا طويلا والاجزاء المحيطة بها من منسوج القلب كانت جيدة السلامة وذلك يحمل على ظن ان هذه الاورام ليست مكونة من المنسوج الدهنى ولا نعرف السبب الذى ينسب له تكونها فى هذا الطفل الحامل لها من وقت الولادة كما هو المجزوم به ولا نعرف حالة صحة والدته

الدرن * عندنا امثلة كثيرة شوهد فيها هذا الدرن فى اعضاء مختلفة من الجنين فقد وجد بليار تحببات درنية فى بريتون طفل مات بعد الولادة باربعة ايام ووجد فى اثنين ماتا عند الولادة استحالات درنية واضحة لبعض عقد من عقد الماساريقا ووجدت تلك العقد ايضا يابسة اودهنية اى خنازيرية فى اجنة سواء ولدوا من امهات مزاجهم خنازيرى اولا ولا يندر مشاهدة التحببات الدرنية فى الطحال والكبد والرئة للمولودين وشوهد درن الرئة فى اطفال ماتوا

عند

عند الولادة او ولدوا قبل استيفاء مدة حملهم وشوهد لين درن الرئة وتقيحه
فى طفل مات فى السابع من حمله مع ان امه كانت جيدة الصحة غير مصابة بالسل
وشوهد درن الكبد فى طفل آخر لم يعش الا ثمانية ايام وقال بليار رأيت
اربع حالات من الدرن الرئوى فى اطفال ماتوا فى سن شهر وشهرين وثلاثة اشهر
وخمسة اشهر وكلهم زمن الولادة كانوا فى حالة خصبة وسمن بحيث لا يظن
فيهم تغير عضوى ثم اخذوا فى السقوط والهبوط شيأ فشيأ وانتفخت بطونهم
وتغير صياحهم وفى اثنين منهم لم تسمع بالقرع الرنانية الاعتيادية لهذا السن
فى الرئة وتلك الحالة حملت بارون على ظن وجود درن فى الرئة وكان الامر كذلك
ولم يوجد فى واحد منهم اعراض من الاعراض الخاصة بالسل عند البالغين
كالنزلة الشعبية والنزف الرئوى والعرق والاسهال المحلل وانما كان واحد منهم
فقط مصابا باسهال كثير فوجدت فيه الغدد الماساريقية مصابة بالتدرن
ووجد فى امعاء واحد قروح جرابية وهو الذى عمره خمسة اشهر وواحد منهم كان
معه مدة ثلاثة ايام اعراض يظن منها وجود ذبحة حنجرية شديدة جدا ومات
بالاختناق ولما فتحت جثته وجدت حالة القصبة والشعب والرئتين ما سيذكر
وهو ان البلورا الضلعية والرئوية منتشر فيها عدد كثير من تحببات بيضاء بارزة
قليلا وكانت الحنجرة والقصبة سليمتين والشعب محتوية فى اصولها على بعض
مخاط رغوى والشعبة اليسرى ممتلئة بسائل ثخين قيحى ويوجد فى اصل
الرئة اليسرى كتلة درنية غير منتظمة وفى حالة فجة وضاغطة بنموها على الشعبة
المحاذية لها بحيث صيرتها مفرطحة بعسر مرور الهواء منها والغشاء الباطن
لهذه الشعبة لم يكن احمر منتفخا الا فى محاذاة الجزء المتضايق وكان منسوج
الرئة مبيضا مسترخيا كأنه ذابل وفروعها الشعبية هابطة على نفسها
والرئة الاخرى يسهل نفوذ الهواء منها ومنظرها جيد السلامة وانما يتشر
فى منسوجها بعض تحببات صغيرة درنية مبيضة شفافة ثم قال بليار والدرن
الرئوى كان غالبا فى الاطفال الذين شرحتهم بتشديد الراء على شكل تحببات
شفافة صغيرة مستديرة منتشرة على سطح الرئة وفى منسوجها سواء فى الاطراف

الاخيرة الشعبية اوفى المسافات الفاصلة بينها واما الدرن الذى اخذ فى التقدم عن ذلك واصيب بالتقيح فكان فى اصول الشعب اوعلى طول القصبة الرئوية فاذن يظهر بمقتضى ذلك ان الاستحالة الدرنية للعقد الليمفاوية الموضوعة فى اصل الرئتين اوقرب الفروع الشعبية تحصل اولا ولا يظهر الدرن الرئوى الا تابعا لهذه الاستحالة ويصح بمقتضى ذلك ان يكون الدرن الرئوى قائما فى الابتداء من تحببات صغيرة تكون اولا شفافة لينة ولكن بتضاعفها وتقاربها وتراكمها تقوم منها الكتل الدرنية التى نجدها فى الرئتين فى سن متقدم واتضح لنا من هيئة هذا الدرن الرئوى الذى هو اكثر حصولا من غيره فى ابتداء الحياة الهيئة الاصلية لنمو الدرن فى منسوج الرئتين انتهى

الباب السابع عشر
فى تغيرات الدم فى المولودين

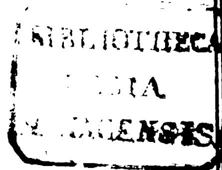
قال بليار شاهدت تغيرا فى الدم واضح الصفات فى جثث ثلاثة اطفال ماتوا عند الولادة وكانوا فى حالة فساد عام لا اعلم سببه ولم يتيسر لنا معرفة الحالة التى كانت عليها الام وقت الولادة اذ لا يشك فى ان صحة الام تؤثر مباشرة فى صحة الطفل وامثلة ذلك كثيرة ثابتة من زمن طويل ويمكن ان تكون الحالة التى نحن بصددها من هذا القبيل كيف لا وقد ذكر فى بعض الوقائع الطبية مشاهدة فساد فى الدم مصحوب بنمش عام فى امرأة ماتت بعد كمال اشهر حملها وكانت حالة جنينها الذى فى رحمها ما سيذكر وهو انه كان مغطى كالعادة بطلاء جبنى غيران البشرة ازيلت من اليدين والرجلين والصفن ولم يوجد فى شئ من جسمه كدم اصلا وكان المخ محتقنا بدم سائل مائى وتنتشر فى الرئتين نكت حمر كرؤس الدبابيس ومثل ذلك ايضا التامور والقلب واصول الاوعية الغليظة وكانت الكبد والطحال والقناة المعوية والكليتان والمثانة فى الحالة الطبيعية وكان الدم الذى يسيل من جميع الاجزاء عند شقها كالمحتوية عليه ايضا اوعية الام والجنين سائلا بنفسجيا شبيها باللعل المحلول فى ماء كثير ولم يوجد فيه اصلا ادنى خلطة دموية متجمدة ثم اقول جميع الحوادث الواقعية التى اشتهرت

فى هذه الازمنة الاخيرة على تغير السائلات فى الامراض لم يؤخذ منها بيان تعليمى صحيح ويكفى ان اذكر ما شاهدته فى ذلك عسى ان ينفع فى شرح امراض السائلات

فقد شاهدت فى ثمانية اطفال لم يعيشوا زيادة عن احد عشر يوما وماتوا بالتهابات رئوية ومعدية معوية فقدا كليا للون الجثة مصحوبا بنحول تام بدون فساد فى الجلد ولا فى البشرة فاذا شق جزء من اجزاء الجسم سال منه بكثرة دم سائل قليل الامتزاج ببعضه ولونه كلون الشكولا وكان الغشاء المخاطى للقناة الهضمية لمعظم هؤلاء الاطفال فاقدا للونه ايضا وفيه اللين الابيض الذى شرحناه فى امراض القناة الهضمية وكانت الكبد محتقنة بدم سائل شبيه فى اللون بلون الجلد والرئتان فاقدتين للونهما ولينتين ومحتويتين على مثل هذا السائل وكان القلب باهت اللون هابطا على نفسه وفيه ذلك الاحتقان ايضا والقحات الجنينية كانت مفسدة فى معظم الاطفال ومنهم من كان مخه متين القوام بدون احتقان وفى اكثرهم كان لينا وفى اثنين منهم كان فاسدا تنتشر منه رائحة الادروجين المكبرت ووجدت الكبد فى اربعة اطفال لينة ايضا وتنتشر منها تلك الرائحة واما الصفراء فما رأيت فيها شيأ مخصوصا وانما جميع المنسوجات كانت عظيمة الاعتبار بلينها وهبوطها على نفسها وقربها للفساد الرمى الحقيقى وفى كثير منهم كانت الاغشية اوذيماوية والجلد مبيضا بياض الشمع اى عديم الحيوانية وكان مع جميعهم قبل الموت سقوط تام للقوى واضح وبطئ زائد فى الدورة وكان صياحهم ضعيفا يعلن بالموت وصدرهم يعسر اتساعه ويبقون يومين او ثلاثة فى حالة شبيهة بالنزع وانتهت بالموت بدون ان تظهر فيهم اعراض مخصوصة غير ذلك فيظهر ان موت هؤلاء الاطفال كان متسببا عن فساد ذاتى للسائلات والجامدات لا عن تقدم مرض التهابى او آفة عضوية فيهم افلا يكون مثل هذا الموت الناشئ عن الفساد كمثل التحليل الذى يذبل النباتات ويفسدها وكالتغيرات التى تعرض فى باطن اعضاء الكائنات الممتعة بالحياة الجيدة وعند موتهم توجد معهم اعراض التأثر والانفعال الذى نعتبره كأنه

نتيجة مقاتلة واقعة بين الحياة والموت وامراض اعضاء الدم فى الاطفال لا تختلف عن ما فى الكبار البالغين فلا حاجة لذكر شئ منها فى امراض الاطفال

ولنختم بذلك هذا الكتاب ونتبعه ان شاء الله تعالى بكتاب آخر لطيف يكون كالتكملة له فى تشوهات المفاصل والعظام وتنزيل صناعة التعديل عليها مع نبذة فى التشوهات الخلقية عموما وخاتمة تشتمل على فوائد طبية سياسية فى قابلية المولودين للمعيشة باعتبار حالتها مع امراضهم نسأل الله تعالى ان يعيننا على ذلك ونضمه ان شاء الله مع امراض الجلد فى مجلد واحد تابع على الاثر لهذا الكتاب الذى به تم كتاب امراض النسا والاطفال القائم من مجلدين احدهما فى خصوص امراض النسا وسميناه بهجة الرؤسا والثانى فى خصوص امراض الاطفال وسميناه نزهة الاقبال والحمد لله على التمام والكمال واصلى واسلم على من انتخبه من اشرف القبائل وحلى ظاهره وباطنه بازكى شيم الفضائل وعلى آله الطاهرين واصحابه الطيبين



تم

وكان الفراغ من تمام طبعه بدار الطباعة العامرة المنشأة ببولاق مصر القاهرة ادام الله عز منشيها ومشيد مبانيها صاحب السعادة الابدية والهمة العمرية والعز والفخر العلى الحاج محمد على وذلك فى سلخ شهر رجب سنة ١٢٦١ من الهجرة النبوية على صاحبها افضل الصلاة وازكى التحية

(2)

Ahmed



110

Arabe (Maladies des enfants

N° 10449

